



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

La Gestión Directiva y su relación con el Error Médico en las Instituciones de Salud

Tesis

Que para optar por el grado de:

Maestro en Administración

Presenta:

Fernando Misael Castro Fernández

Tutor:

Dr. Gabino García Tapia
Facultad de Contaduría y Administración

Ciudad de México, junio de 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
CAPITULO II ERROR MEDICO.....	13
CAPITULO III LA GESTIÓN DIRECTIVA.....	42
CAPITULO IV LA GESTIÓN DIRECTIVA Y EL ERROR MEDICO.....	58
CAPITULO V PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	62
CAPITULO VII ANALISIS DE RESULTADOS.....	117
CAPITULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	154
BIBLIOGRAFÍA.....	159
ANEXOS.....	162

INTRODUCCIÓN

Una de las causas que hay que considerar en las instituciones de salud para hablar de calidad en el servicio y buen trato a los pacientes está precisamente relacionada con el error médico (EM), por lo cual hoy en día es un tema delicado y de atención tanto a nivel nacional como internacional, resultando de interés para todos los que brindan servicios de salud.

El tema en cuestión es inagotable, complejo, polémico y difícil de estudiar, por lo tanto, se espera durante la investigación encontrar un porcentaje de rechazo por parte de algunas personas que laboran en el sistema de salud, también hay que tener claro que la información obtenida tiene que ser utilizada de manera cuidadosa y sigilosa.

A lo largo de la historia existen registros de estudios respecto a este tema, por ejemplo; hace más de 50 años, fue que Moser solicitó a los profesionales de la salud, buscar una mejor comprensión de aquellas enfermedades que han surgido de los efectos del tratamiento (Moser1956).La revista THE HARVARD MEDICAL PRACTICE STUDY (HMPS), dirigida por Brennan y Leape, fue publicado en dos artículos consecutivos (Brennan et al. 1991, Leape et al. 1991) y después de más estudios de error médico y eventos adversos con metodologías similares, el primer documento de política influyente en error médico en los E.E.U.U (Instituto de medicina 1999) fue lanzado.

Como consecuencia, la seguridad del paciente pronto se convirtió en una prioridad en algunos países desarrollados y ahora está en la vanguardia de la agenda de política del Departamento de salud con el fin de promover la importancia de aprender del error y en gran medida basándose en la obra de la razón (1990, 1997) y en la publicación de una organización con memoria (Departamento de salud 2000) que primero describían la naturaleza del error, sus raíces y consecuencias para el servicio nacional de salud británico (NHS).

En México las instituciones de salud aún tienen deficiencias en sus procedimientos, a nivel administrativo, por ejemplo, el paciente tiene que llevar a cabo una serie de procedimientos específicos que, a veces caen en burocracia y afecta todo el protocolo de atención de los pacientes. A pesar de que el contenido de este documento es apropiado para cualquier profesional de la salud; en las observaciones finales se identificará la pertinencia específica para los administradores de los hospitales que con frecuencia se encuentran involucrados

en la gestión médica. En primer lugar, se introducirá el concepto de error antes de describir la teoría del error humano. Después, se discutirá la complejidad de los errores, la noción de múltiples causalidades y defensas de error. La permanente cuestión de la culpa se evaluará junto a una breve crítica de la teoría del error humano y su relación con la gestión directiva.

También se hablará de la medicación y otros errores junto con el reporte de los acontecimientos que se utilizará a lo largo para ilustrar los distintos conceptos. A continuación, se desarrollará toda la metodología en la cual se analizarán y presentarán los datos específicos obtenidos del estudio y por último, se resumirá la relevancia de los contenidos anteriores a la gerencia médica antes de extraer las conclusiones y recomendaciones.

En el capítulo 1 se hablará de la Metodología de la Investigación que contendrá toda la metodología de investigación.

Dentro del capítulo 2 el Error médico (EM) será abordado debiendo considerar que el EM es un problema global que afecta a todos los países, pero son los desarrollados los que se han ocupado de estudiar el problema con mayor profundidad, quizás debido a los recursos con que cuentan y a las demandas que se plantean ante consecuencias indeseadas, lo que constituye un serio problema.

Según los criterios de algunos científicos se dificultan mucho los estudios sobre el EM por falta de un acuerdo, tanto en su definición como por la falta de integración de un sistema de reporte e incluso la dificultad de diferenciar un error prevenible de otro inevitable o no prevenible, en este capítulo se profundizará y se conocerá que es y cómo afecta este tipo de situaciones.

Posteriormente en el capítulo 3 se desarrollará la gestión directiva profundizando y haciendo énfasis en ¿qué es la gestión directiva?, ¿qué responsabilidades tiene los sujetos que estén a cargo de estas funciones?, ¿qué alcance tiene esta figura dentro de las instituciones de salud? Y ¿Cómo se puede aprovechar a un directivo dentro de una institución de salud?

El capítulo 4 titulado la gestión directiva y error médico, se buscará explicar cómo es que la gestión directiva impacta directamente en los errores médicos, debido a la responsabilidad la cuál tienen y el lugar que ocupa un directivo dentro de un sistema en una institución de salud, si bien es cierto estar en un hospital es

riesgoso, los errores no deberían de suceder como pasa frecuentemente, es en este capítulo donde se analizará un modelo de calidad que ayude a minimizar errores.

El penúltimo capítulo que es el 5, se realizara la presentación de resultados, incluyéndose la recopilación de toda la información procesada y analizada, y se presentarán los datos finales para que el lector pueda involucrarse aún más con el tema. Posteriormente dentro del capítulo 6 se analizará algunas de las correlaciones que se realizaron y que permitieron realizar conclusiones con una negación o una aseveración más fundamentada y objetiva.

Por último en el capítulo 7 se desarrollaran las conclusiones y recomendaciones, , después de analizar la información obtenida luego de realizar toda la investigación, puntualizar en los resultados clave respecto a los alcances del error médico, propiciado o evitado por el accionar de la gestión directiva, dicha gestión se analizará con los datos obtenidos de la investigación, buscando medir el impacto de esta actividad tan importante dentro de las instituciones de salud.

CAPITULO I

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1.1 ANTECEDENTES

Teoría del error humano: pertinencia a la gestión médica

La publicación de referencia “errar es humano “ publicado por “THE BRADFORD INSTITUTE OF MEDICINE, UNITED KINGDON”, (Kohn, 2000), destaca la prevalencia de las muertes relacionadas con errores médicos en hospitales y el problema del error de medicación en estos parámetros, sugiriendo que, los errores por paciente pueden ocurrir por día, por ejemplo, la naturaleza de los cuidados paliativos sugiere que los pacientes de hospitales son vulnerables a tal error de medicación debido al proceso de reconocimiento de medicamentos que ocurre en el punto de transición en el cuidado en el hospital, en los niveles de atención y en el gran número de pacientes que toman tres o más medicamentos simultáneamente (Kemp et al., 2009). Existe relación entre los factores que plantean desafíos para los equipos de atención y sus organizaciones en términos de minimización y gestión de errores. La literatura alrededor del error médico en cuidados paliativos parece ser limitada, con una dependencia de investigación en el hospital para informar la política de cuidados paliativos y la práctica, a pesar de la elevada proporción del cuidado hospitalario para este grupo de pacientes. La atención es adoptada como un tema holístico, es decir universal, a menudo a largo plazo y depende de la comunicación ampliada y las relaciones con las familias de pacientes. El tratamiento requiere el uso de las combinaciones de medicación compleja, comúnmente sobre la prescripción y la administración de dosis que difieren significativamente de la práctica clínica habitual. Los profesionales de la salud deben comprender conocimientos técnicos adicionales para forjar fuertes relaciones con pacientes y familiares, promoviendo su participación en la atención, así como la gestión de numerosas condolencias y su indudable dificultad.

Dentro de la estructura de trabajo y cultura fueron concebidas como la influencia de la proporción en que la salud ocurre en la gestión del error, que existieron en un número de niveles. Por ejemplo, los administradores experimentaron conflictos, dado la responsabilidad de investigar un error y dando soporte al personal

después del evento, a menudo acentuado por una estructura jerárquica plana en su ambiente de trabajo. Por ejemplo, un demandado que se describe:

'Trabajamos estructuradamente y no tenemos nadie a cargo de un cambio'.

Sin embargo, se hizo evidente que la existencia de un sistema jerárquico central era la manera de encontrar el error siendo abordados los esfuerzos de gestión en muchos de los hospitales, con llamativas similitudes a atención hospitalaria evidente en algunos lugares. Un ejemplo de esto fue la cadena de mando que era evidente cuando un incidente de error requiere disciplina o acción de manejo de rendimiento. Cuestiones culturales frecuentemente se enredaron con la estructura de gestión de errores en la organización, a menudo en una relación recíproca. Por ejemplo, una estructura de gestión de error, que centrándose en los individuos en el filo después de error, puede, en consecuencia, también promover una cultura de responsabilidad individual y la culpa. También observó la poderosa influencia de la cultura organizacional. Por ejemplo, el grado de intervención de la gestión en la atención diaria del paciente parece ser influyente en la respuesta personal que había cometido un error; en las culturas donde no había una gestión día a día, podría adoptar un papel más autoritario.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los errores médicos son una persistente amenaza a la seguridad del paciente. “La Gestión de riesgo eficaz y la correcta administración clínica depende de comprender la naturaleza del error”. La Evaluación en este trabajo se basa en una amplia literatura de trabajos publicados, en gran parte del campo de la psicología cognitiva , factores humanos y gestión directiva, aunque el contenido de esta investigación es pertinente para cualquier profesional de la salud; está escrito principalmente para los directivos de los hospitales, los cuáles a través de esta información podrán reforzar el conocimiento de lo que es la gestión directiva eficaz y eficiente dentro de una institución de salud, que le permitirá disminuir y eliminar errores médicos en las instituciones de salud.

Temas clave:

El Error es inevitable.

La causalidad se atribuye a menudo a los individuos, sin embargo, causalidad en entornos complejos como salud es predominantemente multifactorial.

El rendimiento individual se ve afectado por la tendencia a desarrollar soluciones preestablecidas y déficits de atención, que pueden a su vez relacionarse con las condiciones locales y sistemas o fallas latentes.

La culpa es a menudo inadecuada.

Las defensas deben construirse teniendo en cuenta estas consideraciones y para promover el error sabiduría y resiliencia organizacional.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

PREGUNTA GENERAL

¿Cuál es el impacto de la gestión directiva en las Instituciones de Salud en el error médico?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

- 1 ¿Cuáles son las percepciones de los directores con respecto a su papel en los eventos de error?
- 2 ¿Cómo actúan los directores con el personal que se encuentra en un área potencialmente conflictiva? ¿Cómo apoyan a ese personal tras el error?
- 3 ¿cómo perciben los directores el actual apoyo al personal de salud y a ellos mismos tras error, por parte del sistema?
- 4 ¿Cuáles son los facilitadores y las barreras a la gestión de errores?
- 5 ¿Cuáles son las consideraciones claves para cualquier intervención al personal de apoyo después de un evento de error?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar el impacto de la gestión directiva en el error médico en las instituciones de salud

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aclarar los contextos sociales, culturales y estructurales que forman parte de las organizaciones y sus dilemas alrededor del error
2. Implementar un modelo de calidad que permita disminuir los errores médicos

3. Ubicar las áreas conflictivas donde se presenta el mayor número de errores
4. Disminuir las barreras de comunicación entre los directivos y los médicos
5. Conocer el protocolo a seguir de los profesionales de la salud, cuando existe el error

1.5 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

La gestión directiva de las instituciones de salud impacta directamente en el error médico.

HIPÓTESIS NULA: Los errores administrativos no tienen impacto negativo y no elevan el número de eventos adversos y eventos centinelas en pacientes dentro de los hospitales.

HIPÓTESIS ALTERNATIVA: Los errores administrativos tienen impacto negativo y elevan el número de eventos adversos y eventos centinelas en pacientes dentro de los hospitales.

VARIABLES

Variable dependiente:

- El error medico

Variable independiente:

- La gestión directiva

1.6 DEFINICIÓN DEL TIPO DE INVESTIGACIÓN A REALIZAR Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue iniciada como un estudio correlacional debido a las siguientes razones:

- El propósito es medir el grado de relación entre la gestión directiva y los errores médicos que se presenten en los hospitales para determinar si están o no correlacionados.
- Se desea conocer el comportamiento entre variables para presentar su relación potencial.

- Se intenta correlacionar el valor aproximado que tendrá la gestión directiva a partir de la ponderación que tienen los errores médicos.
- Se evidenciará el patrón sistemático entre las dos variables.

El diseño de la presente investigación es no experimental debido a que no se manipularon deliberadamente las variables independientes y se basa en variables que se darán en la realidad sin la intervención directa del investigador. Es un enfoque prospectivo.

Por otra parte, es un diseño transversal descriptivo porque se realizará observaciones en un determinado período de tiempo y se medirán variables de manera individual y también se reportarán las mediciones. Este tipo de diseño fue elegido puesto que es más natural y cercano a la realidad cotidiana.

1.7 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Es necesario señalar que, si bien es deseable realizar esta investigación a nivel nacional abarcando todo tipo de organizaciones, debido a restricciones presupuestales sólo se llevara a cabo en organizaciones perteneciente a las Instituciones de Salud de nuestro país, de índole pública y privada.

Determinación de la Población

1. Unidades de Análisis:

- Diversas instituciones de Salud Publicas y privadas de la Zona Metropolitana (Ciudad de México y estado de México) y Sureste de la República Mexicana.

2. Delimitación de la Población:

Directivos médicos, personal médico, paramédico, administrativo y de enseñanza e investigación en las Unidades de Análisis.

3. Características de la Población: Directivos médicos, Personal médico, paramédico, administrativo y enseñanza e investigación.

Extracción de la Muestra

1. Tamaño de la Muestra:

Con un 95% de confianza: 65 cuestionarios.

La determinación de la muestra fue de acuerdo a los intereses propios al momento de realizar la investigación.

2. Características:

- El muestreo es aleatorio estratificado, ya que cualquier trabajador que cumpla con el perfil y este en las unidades de análisis podrá ser entrevistado.
- Es sin reemplazo.
- Se trata de una población finita.
- Se elige la normal estandarizada porque obedece a una distribución normal estándar.

3. Fórmula utilizada:

$$Z^2 PQN$$

$$n = \frac{Z^2 PQN}{E^2}$$

$$E (N-1) + Z^2 PQ$$

Dónde:

- n = Tamaño de la muestra.
- Z = Valor bajo la curva normal.
- P = Probabilidad de éxito
- Q = Probabilidad de fracaso
- E = Error muestral
- N = Tamaño de la población

4. Distribución Muestral:

- Diferentes instituciones de Salud de la Zona Metropolitana y Sureste del País, Públicos y Privados

CRITERIOS

INCLUSIÓN: Directivos, médicos, personal médico, paramédico, administrativo y de enseñanza e investigación

EXCLUSIÓN: Rechazo de la entrevista

ELIMINACIÓN: Trabajadores que no respetaron la metodología de los instrumentos aplicados.

PROCEDIMIENTO

Con la finalidad de cumplir los objetivos señalados en la presente investigación de maestría es necesario solicitar las aprobaciones respectivas a las autoridades de las Instituciones de Salud incluyendo de manera particular a las Comisiones de Investigación y Ética para lograr así llevar a buen término este estudio.

La Dirección de Personal de las Instituciones de Salud me asesorara para conocer la plantilla de personal para que de esta forma se pueda proceder a realizar el muestreo establecido y poder efectuar así el estudio de valores y la evaluación del error y la gestión que corresponde.

Una vez localizado el personal señalado en la muestra, me comunicare de forma personal ante ellos indicando claramente las finalidades académicas de la investigación y la confidencialidad absoluta con que serían manejados sus respuestas y comentarios, así como del propósito de este estudio. Al personal y directivos que me otorgaron su consentimiento bajo información para realizar la entrevista son a los que incluiré en la presente investigación, la cual se enviara en e-mail privado para que a través de una liga puedan ingresar y contestar el cuestionario.

1.8 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS Y ANALISIS DE DATOS

Éste se realizará de manera manual, mediante la elaboración de hojas de trabajo (formatos y hojas tabulares), y electrónica debido a que los datos serán procesados mediante programas utilizados en una computadora personal.

En esta fase de la investigación se incorporará el análisis, la síntesis y la interpretación de los datos obtenidos y su realización responde a las interrogantes de la investigación; esto es, encontrar las conexiones entre los valores la gestión directiva y el error médico.

Para la realización de la presente etapa se utilizarán las siguientes técnicas estadísticas:

1. Análisis Nominal y Ordinal Simple. (Utilizando: razones, proporciones, porcentajes y tasas).
2. Análisis Intervalar. (Utilizando: medidas de tendencia central y de dispersión).
3. Análisis de Correlación. (Utilizando: coeficientes de Pearson, Spearman y Contingencia mediante ji-cuadrada).
4. Análisis de Regresión.

Todos los anteriores análisis fueron realizados a través de medios electrónicos utilizando el programa estadístico SPSS versión 17, de donde se obtendrán las frecuencias y los análisis de Contingencia a realizar entre las variables estudiadas.

1.9 LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente Proyecto de Investigación contiene las siguientes restricciones y salvedades:

- La investigación realizar se encuentra circunscrita únicamente al espacio de la indagación, esto es, a las unidades de análisis mencionadas en el muestreo, por lo que sus interpretaciones deberán referirse a dicho espacio.
- La gestión directiva y el error médico, únicamente comprenderán aquellos que se proporcionaron en la definición operacional de variables, por lo que los resultados del presente trabajo estarán circunscritos a éstos.

CAPITULO II

ERROR MEDICO

El concepto de error

La palabra error, es comúnmente asociada a las dudas de los individuos, por ejemplo, para ver el error de alguna forma implica que una persona ha incurrido en ciertas irregularidades. En informática y otros dominios más técnicos, se utiliza en relación con el fallo de los sistemas, sin embargo, en otros lugares la palabra estimula todavía connotaciones peyorativas para cualquier persona que participe. Para apreciar el concepto de error, es recomendable hacer un recorrido histórico.

En 1620, Francis Bacon propuso que la mente humana tiene más orden y regularidad en el mundo que, tal vez el origen de las teorías posteriores y que han sugerido que la memoria está sesgada sobre la generalización (Norman, 1988). Por supuesto esto no es un estado totalmente contraproducente, ya que sería imposible almacenar una biblioteca mental de archivos de memoria totalmente individualizada, específicamente asignado a cada experiencia. Dicho esto, apunta hacia algunos de los supuestos iniciales sobre la causalidad del accidente, que hay un componente humano y que la memoria humana y otro están implicados procesos de pensamiento.

Greenwood y Woods (1919) realizaron los primeros estudios estadísticos de la propensión a accidentes. Presumen que ciertos individuos experimentaron accidentes debido a una susceptibilidad particular, que puede atribuirse a sus personalidades. Desde entonces se ha demostrado que el contexto de su trabajo tenía una influencia clara en sus conclusiones (Lawton y Parker 1998). Greenwood y Woods informaron, presentando al Gobierno en turno, que no se basaban en estudiar los hombres en su estado físico, pero compararon a hombres muy jóvenes y muy viejos que manejaban maquinaria con más velocidad en condiciones de alto riesgo, contra el reloj. Sus resultados apoyaron convenientemente una gran estrategia para muchos directores de fábrica que consistía en: despedir a los trabajadores que fueran susceptibles a ser intrínsecamente corrompidos, mientras ignoran cualquier responsabilidad de proporcionar condiciones de trabajo seguras. Sin embargo, los investigadores deducen que sus conclusiones fueron basadas en el auto informe y así no incluyen a todas aquellas personas que sufrieron accidentes, pero no lo informaron; además el nivel de exposición al riesgo en el accidente llamados grupos propensos fue ignorado (Lawton y Parker 1998). Los resultados de este tipo probablemente ayudaron a sentar las bases para centrar la culpa en esos puntos centrales para el error, o lo que se conoce como el extremo afilado (razón

de 1997, p. 10, 2000 de la razón, p. 768). Razón (1974) refinando estas primeras teorías por mirar lo que posteriormente fueron llamados repetidores de accidentes, todavía encuentran poca consistencia del patrón; en definitiva, quienes podrían tener una serie de accidentes pueden entonces convertirse en accidentes gratis o viceversa. Una teoría que se presentó, dice que los accidentes podrían depender de una combinación de factores y circunstancias. Por otra parte, no había ninguna distribución normal de las tasas de accidentes; ya que difirieron según la experiencia de los individuos, la naturaleza de su trabajo y muchos otros factores ambientales. La premisa surgió en el lugar en el cuál los individuos son propensos a errores, recientemente se evidencia por los repetidos casos de inyecciones de vincristina, ruta equivocada en el Reino Unido (razón 2004). Centrándose en los procesos cognitivos que predisponen al error, pero en combinación con un reconocimiento explícito de organización, ambientales o factores de sistemas, ha habido un cambio de la culpa de los individuos hacia la aceptación de la inevitabilidad del error. La razón en particular, ha aplicado esta teoría a la asistencia sanitaria (razón 2000, 2004) y fuertemente influenciado el departamento británico de perspectiva política salud, (Departamento de salud 2000) el error médico donde una cadena de incidentes de alto perfil había exigido un nuevo enfoque a las cuestiones, aprendiendo de los incidentes y alejándose de una política disciplinaria centrada ahí. Aunque escépticos podrían ver la aplicación de la perspectiva de razones a la asistencia sanitaria como guarnición enferma, donde el terreno es impredecible, así como el paciente (Vincent 2006), hay puntos en común con otros sectores como la industria petro-química donde las estructuras organizacionales y procesos, así como las presiones ambientales son a menudo prominentes en causalidad (2000 de oeste). Además, el error emana de los mismos procesos cognitivos y comportamientos que no conducen al error (Vincent 2006), cristalizando la premisa de que errar es humano (Papa 1711). El error exige una definición pragmática que no se personalice inapropiadamente, Razón, quizá ha logrado y propone que el error es:

El fracaso de una acción planificada para ser completado como se pretendía, sin la intervención de algún evento imprevisible; o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (motivo, 1990, p. 9).

La amplitud de esta definición se ha descrito como útil por Rubín et al., (2003) quien sugirió que debería conducir a la captura de error alto, sin embargo, esto es visto por otros como una potencial debilidad en un contexto médico (Kuzel et al. 2003). Las razones de perspectiva teórica realmente comparten puntos en común con el anterior trabajo de Norman (1981, 1988) sobre los errores en la acción, Perrow (1984) sobre los accidentes normales, Rasmussen y Jensen (1974), razón (1990), en los niveles de rendimiento humano y confiabilidad y Weick (1987) en

organizaciones de alta fiabilidad. El trabajo combinado de los normandos y razón ha permitido que la categorización de lo que son fenómenos cognitivos invariablemente automatizados que iluminan el proceso de error generalmente encubierto, intrínsecamente humano. Posición de normandos se ha desarrollado a través de la investigación empírica (Norman 1981), mientras que la razón entonces ha sintetizado los conocimientos disponibles de los factores individuales con factores del sistema, examinar su relación con el fin de exponer la manera en la que a veces aparentemente sólidas las defensas se incumplen. Esta posición destaca la complejidad del error y las dificultades en la identificación de causalidad que se discutirán más. Esta perspectiva se denomina factores humanos (Vincent 2006, p. 25). Después de Parker y Lawton (2003), será referido aquí como teoría del error humano.

Error y rendimiento mental

Son dos modelos destacados de funcionamiento mental que facilitan el análisis del error humano: la primera divide resultados en tres niveles, a menudo dependiendo de la experiencia previa de los expertos y la situación en la que se encuentran. El segundo pone de notoriedad los problemas que pueden ocurrir en la planificación o activar tal funcionamiento (es decir, se desliza, deslices y errores). Rasmussen y Jensen (1974) han estratificado la actuación humana en tres niveles: basado en la habilidad, basado en reglas y centradas esencialmente.

Los seres humanos por naturaleza toman acciones que aumentan la frecuencia de los seres humanos que participan en actuaciones basadas en la habilidad o regla.

Por supuesto esto no es posible en una situación totalmente novedosa, que exige procesos de pensamiento nuevo y por lo tanto más exigentes. Mientras que todos los tipos de rendimiento anterior podrían utilizarse para llevar a cabo una acción como dar una amplia gama de medicamentos a un paciente recién admitido; como la situación se vuelve más familiar, disminuye la necesidad de rendimiento basado en el conocimiento. Norman (1988) analizo las tareas humanas, heurística (o atajos cognitivos) y tipos de errores demarcando en última instancia que se desliza en lapsos (memoria) y se desliza y cae en errores. Los dos primeros son errores de errores basado en la habilidad (o acción) y el tercero, errores de planificación.

Resbalones, lapsus y errores: fallas activas

Un resbalón es observable (Instituto de medicina 1999) y no intencional. Por ejemplo, la enfermera que no ve una nota colgando encima de la cama de un paciente, mientras que entrega desayunos a los pacientes que pueden comer que están en el mismo lado de los pacientes en ayunas, entonces alimenta a todos. Se resbala, son esencialmente errores en el proceso de automatización humana

donde no hay ningún control consciente y la rutina normal de los individuos se altera, aunque el plan mental original es correcto.

Originalmente los nuevos procesos van a ser dominados a través de la repetición y lo que fueron acciones individuales, discretas que son traducidas en un procedimiento coherente, integrado y automático (LaBerge y Samuels 1974). Por lo tanto, se desliza potencialmente influir en todas las conductas rutinarias. Ellos también tienden a tomar formas predecibles y son más propensos a ser experimentados por los expertos en lugar de los principiantes (el último ser menos capaces de automatizar), que tiene implicaciones para la asunción laica (y a veces profesional) familiar de nuevo personal, siendo menos confiables. Los expertos son más comprometidos por el almacenamiento mental de muchas más instrucciones pre programadas (o esquemas) que los novatos.

Hay tres tipos comunes de resbalones:

En primer lugar, un error de descripción es donde la acción correcta es llevada hacia fuera, en lugar de en el mal sujeto/objeto (por ejemplo, el anestesista que proporciona una anestesia general equilibrada, pero en un paciente que requiere anestesia epidural). Estrechamente relacionado con esto es el error de activación asociado donde, por ejemplo, una enfermera puede instantáneamente pero incorrectamente silenciar una alarma intra venosa cuando el anillo de alarma de disparo (similares) es de un monitor cardíaco. Por último, la pérdida de error de activación es ejemplificada por el Asistente de quirófano al entrar en la sala de anestesia al que originalmente pretendía ir a la sala de recuperación y luego una vez dentro no puede recordar por qué está allí hasta que un disparador ambiental estimula su memoria. Este tipo de resbalón también intersecta con un lapso. Un lapso es simplemente olvidar algo, por ejemplo, la enfermera sabe muy bien que un paciente requiere analgesia a intervalos de 4 horas, pero se olvida de proporcionar la analgesia en el momento requerido. Una tercera categoría de error es una acción que procede según lo previsto, pero no alcanza el resultado previsto como el plan fue hecho. Los errores son de dos tipos: basada en la regla o basada en el conocimiento (razón 1990), una perspectiva informada nuevamente por la taxonomía anteriormente mencionada de rendimiento humano (Rasmussen & Jensen 1974). En un error basado en reglas. Por ejemplo, una enfermera espera para administrar insulina a un paciente en tiempo y otros pacientes tienen que pedir cuando se deba hacer, pero el paciente no lo hace y se produce un error de omisión. Un error centrado especialmente es donde se aplica una solución defectuosa a una situación novedosa; un médico junior puede decidir que no necesita consultar a su formulario para una determinada dosis de un antibiótico previamente no encontrada, pero él elige la dosis equivocada por falta de información. El elemento clave es la decisión, ha hecho un juicio, pero no ha

conducido al resultado deseado. El análisis de tales decisiones descubre sesgos cognitivos particulares tales como el sesgo de disponibilidad (Kahneman y Tversky 1972) donde más fácilmente recuerdan hechos independientemente de su objetividad, puede ser el más influyente en la toma de decisiones. Estos prejuicios también influyen en la manera en que individuos informe y analizan los informes de error (incidente). Definición de razones de error (razón 1990), captura ambos errores de acción y planificación al no lograr un objetivo previsto. Diversos factores situacionales también pueden jugar un papel como; incluyendo la falta de familiaridad con la tarea, las presiones de tiempo, interfaz de sistema de humanos pobres o un desajuste de diseñador o usuario (Vincent&Reason 1999, p. 51).

Violaciones de regla

Razón ha discutido violaciones (procedimiento o protocolo) de la regla junto a fallas activas (razón 2000, p. 768), aunque es discutible en cuanto a si deben estar asociados a errores en todos como se describen como deliberadas (o intencionales) las desviaciones de las reglas. Las violaciones se piensan para originar en los factores psicosociales, principalmente motivos personales, motivos organizacionales (Ajzen, 1991), (Reason et al. 2001) en lugar de los factores cognitivos (Reason 1990, Lawton & Parker 1998, Parker & Lawton 2006) y aunque, en relación al error médico, los efectos adversos consiguientes son casi siempre no deseados. La propensión de los seres humanos para infringir probablemente aumentó en un optimismo realista acerca de los riesgos relativos o más usuales descritos. Sin embargo, la automaticidad del pensamiento anteriormente analizado en cuanto a resbalones también puede conducir a una violación inconsciente como un atajo de rutina (razón 1997, p. 210) y se argumenta aquí que algunos médicos podrían romper un protocolo por ignorar su existencia, que también sería difícil clasificar estrictamente como está previsto. Puede haber cierta incertidumbre sobre la situación de las violaciones en prácticas tales como la prescripción, por ejemplo, Lesar et al (1997), concluyen; causan muy poco daño y son a menudo reinterpretados correctamente por enfermeras sin aclaración.

Complejidad de los errores: múltiples causas y múltiples defensas

Para Rasmussen (1990), los errores se describen generalmente como parte de un proceso de desarrollo o de adaptación, con individuos, con frecuencia recurren a atajos cognitivos o heurística para encontrar la manera más fácil de completar una tarea; sin embargo a pesar de caer en algún error o en patrones recurrentes tales como los aumentos de interrupciones a resbalones y luego errores de omisión (Allnutt 1987); los errores humanos son inherentemente inestables, en gran medida no solo por el componente humano, sino también el contexto a menudo

complejo y dinámico en el que muchos seres humanos operan (Rasmussen, 1990, p. 454). Los errores no pueden ser totalmente erradicados por el diseño del sistema o formación, ni debería ser, precisamente porque pueden ser del desarrollo, (Rasmussen 1990, p. 457). Además, Hollnagel y Amalberti (2001) han observado los errores como humanos, dependiendo también de la dinámica de grupo. De hecho, Rasmussen (1997) ha argumentado que los seres humanos a menudo se moverán hacia los márgenes de seguridad para realizar una tarea determinada mediante el empleo de métodos que tampoco pueden ser el más lógico ni recomendado, sino reflejan las normas sociales o de organización que moldee su práctica. La relación entre accidentes normales y las tecnologías modernas han sido exploradas por Perrow (1984) a través del examen de organizaciones complejas. Perrow propone que los sistemas fuertemente acoplados pueden presentar enormemente difíciles desafíos en el establecimiento de causalidad accidente o error; no hay ninguna zona deformable cuando se produce una colisión (o error) y no hay espacio para la recuperación. Más importante aún, Perrow propone que sistemas complejos realmente facilitan accidentes organizacionales (y errores), aunque esto no significa que los sistemas son la causa de accidentes. Algo que consisten en defensas múltiples, facetas interdependientes, profundidad y paradójicamente, puede encubrir errores de los profesionales y gerentes (razón 1997). El mal diseñado de sistemas de alta tecnología, realmente pueden desencadenar errores (Clarkson 2007) – que pueden ser especialmente pertinentes para la prescripción electrónica. Después de investigaciones de accidentes graves, la industria naval ha demostrado claramente que los errores son raramente causados por factores individuales, pero la combinación de varios (Wagenaar y Groeneweg 1987), como más recientemente la industria de la aviación, por ejemplo, el aircrashKegworth (véase Smith 2000) y en la salud, Wayne Jowett (véase Toft 2001). Resbalones y errores son a menudo elementos en una concatenación (una serie de cosas interconectadas, nuevo Diccionario de Inglés Oxford 2001) factores cognitivos, socio-cultural y situacional varios (Perrow 1984, 1999, razón 1990, Weick 1991), el último de los cuales puede crear eventualmente qué razón (1997) ha descrito como condiciones latentes. Además, mientras que fallas activas pueden tener un impacto directo sobre las acciones previstas, es poco probable tener un efecto perdurable (razón 1990, 1997). Sin embargo, en factores tales como comunicación, trabajo en equipo, las dificultades y falta de entrenamiento no son infrecuentes en muchos incidentes documentados (nacional seguridad paciente Agencia 2005, p. 56). Las condiciones latentes basadas en sistemas suelen ser persistentes, y como sugiere la palabra latente, son raramente evidentes.

Los vacíos en la supervisión o deficiencias en el mantenimiento son ejemplos típicos, pero sin embargo todavía, algo como errores, originará en las decisiones

humanas pero realizados a un nivel estratégico (razón 1990, p. 23). En este nivel, podrían existir influencias muy diferentes, no solo derivados de dinámicas como pensamiento (Janis 1972), sino también de fuentes estructurales y culturales tales como las presiones de producción (Vaughan 1996), o en el NHS – capacidad de la cama. Ciertas decisiones de arriba, entonces pueden conducir a numerosos productores de error en factores de aguas abajo. Razón (1990) utiliza una variedad de metáforas para describir como fallas en los sistemas que en última instancia se manifiestan; el médico existente en el filo ofrece un servicio a veces multifacético, pero a menudo en medio de una gama de residentes patógenos con disparadores de oportunistas (Reason 1990, p. 197–8) e inundado con las trampas del error. Para reducir con éxito la posibilidad de sostener las pérdidas mientras que luchando con una serie de defensas a veces permeables y dinámicas exige sabiduría individual y resiliencia organizacional, relacionadas con fenómenos que se discutirán más bajo de defensas. Entonces, existen dos enfoques a la causa del error. En primer lugar, la persona se acerca a donde hay un solo foco sobre fallas activas o violaciones, derivadas de una o más personas en el filo y a menudo una compensación legal está siendo buscada (Runciman et al. 2003). En segundo lugar, es el enfoque de sistemas donde factores causales se remontan a todo el sistema y esfuerzos de recuperación que están dirigidos a la respuesta humana a una situación, sus sistemas de apuntalamiento y defensas asociadas.

El individuo como una única causa: la culpa

Atribuir causalidad a los sistemas es mucho más lento que culpar a un individuo (feliz & Peck 1995, razón 2000) – la culpa individual también es probable que sea menos costoso que los sistemas, inevitablemente en revisión si este último se ve que es culpable. El riesgo de atribuir indebidamente la culpa es considerable. De hecho, hay tres factores predisponentes según Runciman: no reconocer el error es parte de la condición humana; un deseo de compensación y peor será el grado de daño mayor es el riesgo de culpa (Caplan et al. 1991). De hecho, aparentemente expertos imparciales son más probables a atribuir la culpa cuando se retiran de un evento inmediato, que tiene particulares implicaciones para los administradores revisando informaron de incidentes fuera de su departamento si tienen éxito en sus acciones profesionales, la pequeña nota es tomada por los espectadores. Sin embargo, si fracasa, sin la intervención de algún evento imprevisible, pueden encontrar ellos mismos, incluso si ellos simplemente han heredado un ambiente repleto de sistemas deficientes, en el recibo de la culpa. El énfasis en la herencia en lugar de instigación se basa en la creencia de razones que errores son consecuencias y no causas (razón 1997, p. 126), aunque la razón atribuye la idea original de Woods et al., (1994). Es más fácil culpar a una persona, pero mucho más difícil modificar las conductas individuales en comparación con un sistema no

parece disuadir a aquellos que buscan la culpa individual. Esto es donde una organización se motiva a buscar una persona responsable de un determinado error, cree que la libertad de acción que posee es que la decisión que ha tenido la libertad de tomar incurre en responsabilidad directa. Además, desde fuera de la organización, el individuo será percibido por no haber conseguido allí lo que ella merecía naturalmente, conocida como la hipótesis sólo mundo (razón 2000 p. 768, después de 1970 de Lerner). La ramificación evidente de una cultura de la culpa es el miedo de la autoridad, que es, por desgracia, que manifiestan un temor de informar del incidente. Por otra parte, una cultura justa (razón 1997, págs. 205-213) es donde las personas recibiendo atención positiva de seguridad incluyen la presentación de informes. Los Individuos se culpan sólo si hay evidencia específica de la imprudencia o negligencia, la noción de una cultura sólo puede ser en paralelo con Westrums noción de una cultura generativa (Westrum 2004, p. 22), que encapsula las características tales como la promoción de un flujo de información excelente y empoderamiento individual en toda la organización y también reforzando el marco de seguridad de paciente; MaPSaF (2006) que es explicada por Diane Parker en esta edición de la revista de gestión de enfermería. El lector ocasional puede asumir que razones para una cultura justa y su abierto escepticismo acerca de la culpa puede ser indicativo de una postura liberal sobre la incompetencia individual, una postura que sería difícil de justificar en un SNS que ha tenido que soportar varias investigaciones importantes. Quizá la razón se anticipó la carga potencial de ser blandos con los incompetentes y contrarrestar esto mediante la adición de:

La Justicia trabaja de dos maneras.

Severas sanciones para los pocos pueden proteger la inocencia de muchos (Reason 1997, p. 212).

Defensa

Con referencia específica a los profesionales de la salud, se han propuestodos relacionados con los medios de defensa contra el error: resiliencia organizacional (Carthey et al., 2001) y la sabiduría de error para combatir errores en el filo (razón 2004). Carthey et al. (2001) han argumentado que las organizaciones normalmente existen en algún lugar entre dos extremos de la resistencia máxima y la máxima vulnerabilidad al error, organizaciones realistas deben moverse hacia el aumento de la resistencia (más que la eliminación de error realista) a través de tres conductores culturales: compromiso institucional, de competencia y conocimiento. Esto debe mover la organización hacia un estado de conciencia colectiva (p. 31).

Razón ha afirmado que, aunque es arriesgado y a menudo complejas, salud en comparación con otros tipos inherentemente riesgosas de trabajo es un negocio muy personal (razón 2004, p. 28), a menudo carece de la capacidad de moderación de salvaguardias automáticas. La evaluación de preparación mental es la esencia de la sabiduría de error. El médico error-wise que reduce, pero conscientemente no elimina completamente su propensión a errar, evaluará su propia capacidad para llevar a cabo una tarea determinada, evaluar el entorno, pero también analizar la tarea y evaluar su potencial de error (razón 2000, 2004, p. 33). Por último, Leape (1994, p. 1856) ha identificado cinco mecanismos específicos que deben utilizarse para el diseño de error:

- reducir la dependencia de la memoria,
- mejorar el acceso a la información,
- corrección de error, normalización y capacitación.
- Los mecanismos de responden colectivamente a algunas de las deficiencias cognitivas inherentes arriba, que culminan en fracasos activos.
- Ciertas innovaciones en la atención médica contemporánea han empleado varios de estos mecanismos al unísono, como el desarrollo de protocolos.

Desde una perspectiva relacionada pero diferente, Amalberti han descrito cinco barreras sistémicas para el cuidado de la salud; de hecho, las barreras, como mecanismos de Leapes, tienen una relación común, aquí en un nivel socio-cultural y sobre el trabajo en equipo eficaz. Las barreras también pueden ser parafraseadas como defensas: limitar las expectativas y la discreción de los profesionales; reducir la autonomía profesional, (y, por lo tanto) cambio de una mentalidad jerárquica a equivalencia profesional; liderazgo del sistema; y la simplificación de las normas profesionales y formas de trabajo. Es mi observación que estos enfoques a la defensa contra el error no son características comunes en conjunto de gestión de riesgos.

Crítica de la teoría del error humano

Aunque parece haber sido una aprobación incondicional de la teoría del error humano por un número de legisladores está abierto a la crítica. Curiosamente, razón realizó varios estudios de diario del error y siguió estudios de manejar errores y violaciones, pero muchas de sus suposiciones acerca de los sistemas han comprobado, que ha desarrollado desde la evidencia sobre las causas de errores. Además, algunas de las herramientas de gestión de errores que fueron desarrolladas usando este enfoque, utilizado por grandes organizaciones como Shell OilCompany, no han sido empíricamente probados (Lawton R. (2006) Personal CommunicationwithSeniorLecturer, Institute of Psychology, University of

Leeds). Definición de razones de error también ha atraído crítica, aunque de error es definido como la falta de una acción planificada (o mal plan) para ser completado según lo previsto, se ha argumentado por Kuzel et al (2003) que los resultados del paciente involuntarios basados en las mejores intenciones, no son infrecuentes debido a la naturaleza variable de la enfermedad, la respuesta al tratamiento y sus límites. La claridad conceptual del modelo del queso suizo de razones también ha sido cuestionada. Cuando 159 voluntarios profesionales de la salud se les preguntó sobre la utilidad y significado del modelo de queso suizo (Perneger 2005), mostraron inconsistencia considerable, un tema dominante que un énfasis excesivo en condiciones latentes o factores de sistemas a la negligencia de fallas activas. Perneger concluye prefiriendo el modelo de 1997, que muestra explícitamente los diferentes factores de organizacional y conceptos de trabajo, así como fallas activas. Probablemente la más completa evaluación de la teoría del error se ha ofrecido por Dekker (2006), un psicólogo y piloto de la aeronave. Dekker también propone que el modelo del queso suizo es probablemente “oversimplify causalidad”, el usuario percibe como lineal y secuencial, lo que sugiere una trayectoria unilateral de la causalidad de tablero, por ejemplo; la confianza para el lado de la cama de los pacientes. Dekker, sin embargo, defiende un modelo sistemático alternativo (Hudson et al. 1994, Hollnagel et al. 2006) como un muy necesario avance. Este modelo sostiene que el error surge de un contexto socio-técnico. Tiene diversas raíces incluyendo normal anormales sistemas y comportamiento humano; añade que los diversos factores que confluyen para dar lugar a un error son conjuntamente suficientes. El modelo sistemático se basa en lo que se conoce colectivamente como el New Look (Woods & Cook 2003).

Importancia de la teoría del error humano a la gestión de enfermería

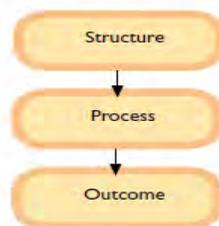
Como la cultura de servicio de salud dominante, basada en la medicina, probablemente es todavía renuente a reconocer seguridad de los practicantes, quizás el punto filosófico más esencial sobre error de comprensión es aceptando su inevitabilidad. Un segundo paso en la transición a una cultura más sabia en el error, es el reconocimiento de que la contribución de los involucrados en el filo de un determinado error, es probable que sólo uno de los componentes de la causalidad; probablemente sólo conjuntamente suficientes, en una concatenación de fallos activos, factores locales de trabajo y fallos latentes. Establecer sólidas defensas debe seguir de un reconocimiento de la naturaleza polifacética, multifactorial de la causalidad del error, incluso las mejores defensas pueden ser muy porosas, los directivos a menudo con recursos limitados deben considerar las defensas basadas en la conciencia colectiva descrita anteriormente. El personal a menudo puede trabajar en ambientes de alto riesgo, sin el beneficio de guardias

de seguridad automatizados y algunas defensas pueden ser un factor clave en los errores que se presentan, son todas las consideraciones son importantes. La teoría de error también puede explotar algunos de los mitos comúnmente sostenidos que rodean la causalidad, como expertos, ser menos vulnerables a los errores de principiantes y los errores no puede ser una fuente de aprendizaje o de desarrollo.

Lamentablemente, parece que las enfermeras son más susceptibles a la culpa que otros grupos profesionales, especialmente de sus colegas (1996 Edmondson, Armitage et al. 2007). Una apreciación de la teoría de error también puede ayudar a sistematizar la acción resultante. Los principios del error sabiduría y resiliencia organizacional son particularmente instructivos en la promoción de la prevención del error. Este marco también puede ser útil en el repaso de los cambios para reducir la probabilidad de errores similares recurrentes, así como identificar las prioridades en educación, formación y supervisión de personal. En Resumen, un conocimiento de la teoría de errores humanos debe mejorar el proceso de gobernanza clínica, y aunque varios ejemplos de análisis de error aquí son en gran parte relacionado con el cuidado agudo, teoría del error humano es aplicable a través de todos los límites sanitarios.

Por otro lado, el modelo de estructura-proceso-resultado (SPO) propuesto por Donabedian (1966) ofrece un marco útil para evaluar la calidad de la atención médica (Figura 1). El modelo propone que la estructura de la salud en términos de los recursos profesionales y organizacionales influye en el proceso por el cual se entrega atención a los pacientes y en última instancia los resultados de la atención en términos de calidad de vida y tasa de mortalidad. La literatura de mejora de calidad asistencial ha contribuido a una fuerte evidencia para la base de este marco (Glickman et al, 2007).

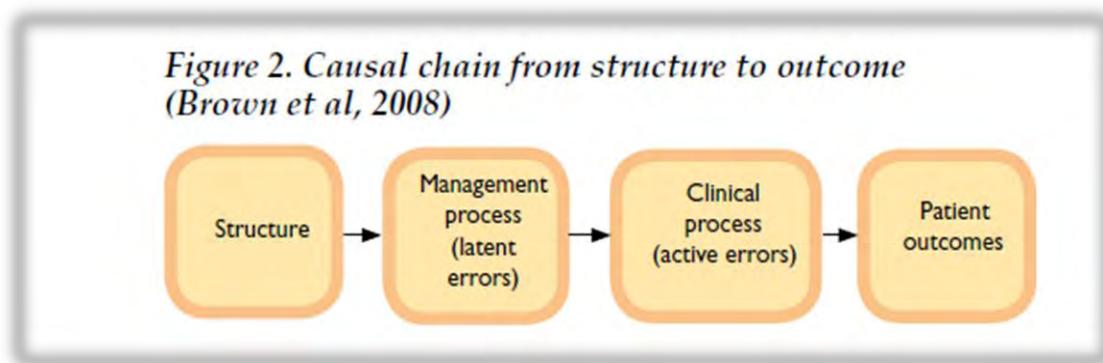
Figure 1. Quality of care model (Donabedian, 1966)



A pesar de la popularidad de este marco, ha habido un enfoque desproporcionado en la calidad en términos de procesos y resultados, con la limitada literatura explorando las estructuras organizativas en las que se proporciona cuidado de la salud, describieron por Meyer (2001) como el componente olvidado de la tríada de

calidad. Glickman y cols (2007) presentaron una versión actualizada del marco SPO con una peculiaridad, centrándose en los atributos vinculados con la estructura, destacando física, cultural y diseño de componentes. Los aspectos clínicos de la atención son múltiples facetados, incluyendo el diseño de la información, diseño organizacional, cultura, gestión y liderazgo.

Sin embargo, en la exploración de una amplia gama de temas es más allá del alcance de un solo estudio; por lo tanto, en dicha investigación se intentó recoger datos cualitativos específicamente alrededor de los últimos temas de gestión y liderazgo. Brown et al (2008) utiliza la SPO para proponer una cadena causal de incorporar el enfoque de sistemas (Figura 2).



De esta forma, son evidentes la importancia de la gestión del proceso clínico y el resultado de la atención. Equipos de gestión son a menudo responsables de tanto asegurar que se cumplan responsabilidades a organismos reguladores y también en explicar y hacer cumplir las políticas organizacionales y protocolos en el mercado laboral.

Por lo tanto, la gestión fue seleccionada como un grupo de interés central dentro de la estructura de la organización y también como una fuerza influyente en el desarrollo y mantenimiento de la cultura organizacional. No hay diferencias absolutas entre la ciencia de seguridad y calidad (Brown et al, 2008), la calidad de la atención está indisolublemente ligada a la paciente seguridad a través de la relación entre el error y el resultado, en el que uno no puede separarse de la otra, conceptualizado como el siguiente de la calidad de seguridad (Brown et al, 2008); con la sugerencia de que estos temas deben estudiarse conjuntamente. Recientes investigaciones de calidad tienen bases en el enfoque de sistemas propuesto por la razón (2000), que busca cambiar las condiciones en las que un individuo está trabajando para reducir la probabilidad de error. Basándose en ambos el trabajo de atención médica de Donabedian (1988) y la razón (2000), puede considerarse como un servicio dentro de un sistema.

RAZONAMIENTO

Los autores exploraron las experiencias del personal en roles gerenciales en niños y adultos, el cuidado de hospicio en Inglaterra del Norte, en las evaluaciones en perspectivas en la gestión de error médico, los problemas que surgen y los desafíos que enfrentan. Impulsada por el reciente reconocimiento de la necesidad de seguridad del paciente en el contexto social y cultural de la atención (Vincent, 2009) dirección y por emplear marco de Donabedian y un enfoque de sistemas, es posible identificar factores determinantes de la calidad de la atención en términos de manejo de error en un entorno de hospicio; posteriormente mejorar los resultados de error para todos los involucrados. El marco SPO se consideró relevante para los resultados del personal a pesar de su uso original a los resultados del paciente. Esto fue basado en la evidencia para sugerir que los resultados del personal, tales como ausencia debido al estrés en respuesta a la participación en un evento de error, tienen implicaciones para la calidad de la atención para el paciente, junto con el desarrollo de la cultura de la gestión de error de una organización.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

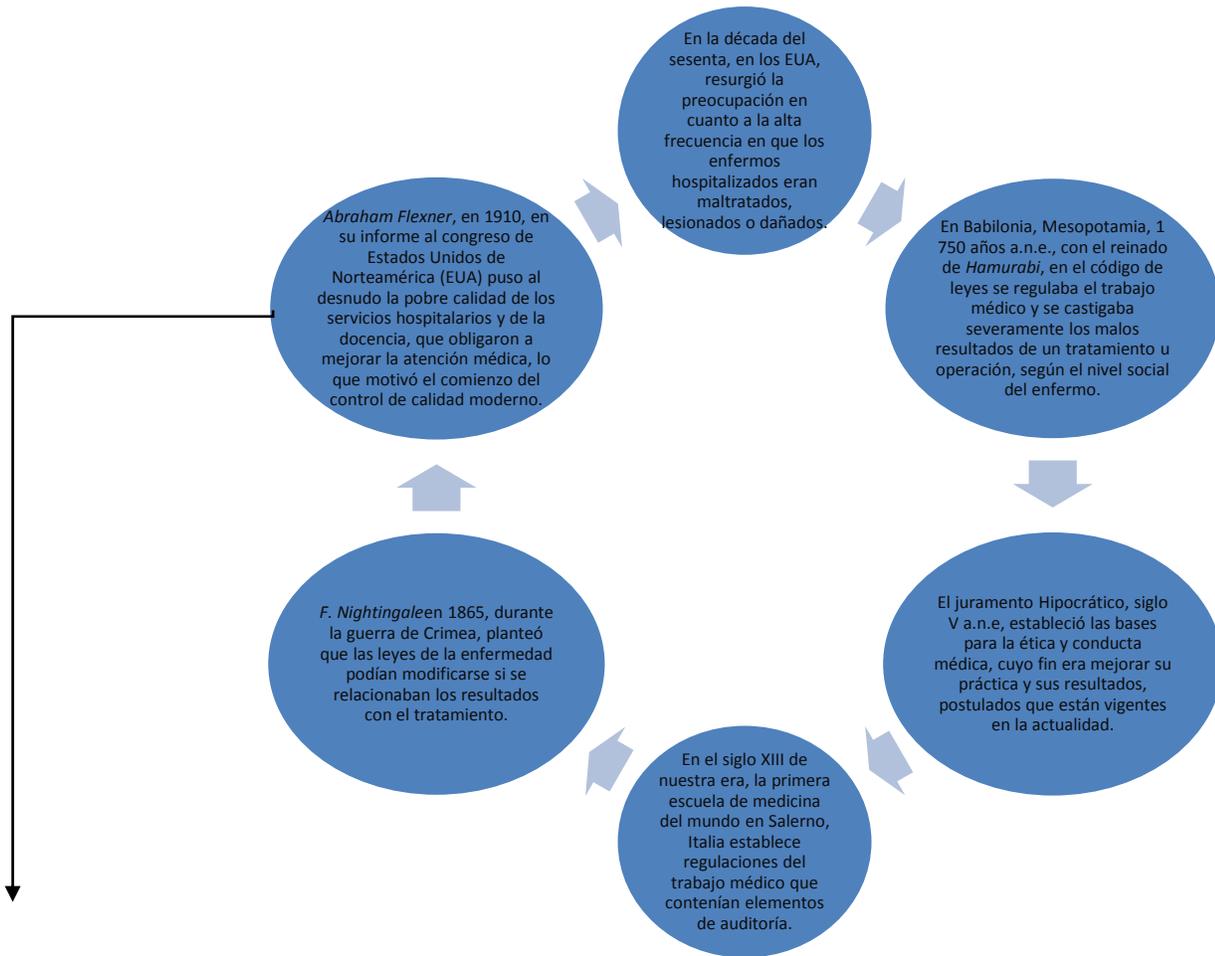
Error Médico

Una de las causas a tener en cuenta en los resultados o calidad de la atención de salud, está relacionada precisamente con el error médico (EM), por lo que hoy día constituye un problema de gran preocupación internacional y resulta de interés para todos los que brindamos servicios de salud. El tema en cuestión es inagotable, complejo, polémico y difícil de estudiar, por estas y otras razones determina cierto rechazo para su abordaje y, además, por su desconocimiento.

Algunos autores plantean que el EM es el más importante factor causal de eventos adversos o consecuencias indeseadas del proceso de atención médica, muy por encima de la mala práctica (MP) o las condiciones del paciente, por lo que requiere una mayor vigilancia. El problema del EM no es nuevo, sus antecedentes se pierden en la historia, al menos con el surgimiento de la escritura, por ejemplo:

- En el mundo antiguo se utilizó la frase *Primum Non Nocere* como una forma concreta de expresar el necesario humanismo de la atención médica y que señalaba la necesidad de evitar los malos procedimientos en aquel

entonces. En estados como Egipto y la India existían funcionarios que observaban el cumplimiento de las normas establecidas.



Por el contrario, esto influyó negativamente sobre la concepción de la atención médica integral, al hiperbolizar la concepción biologicista de la práctica médica como un enfoque inadecuado que, infelizmente, aún persiste en algunas latitudes.

Elaboración propia

- **La década del noventa se estimó de mayor atención y dedicación de los científicos sobre el EM y especialmente en 1999 con el reporte que presentó el Instituto de Medicina (IOM) al gobierno de los EUA donde se saca a la luz nuevamente los malos resultados de la atención médica en los hospitales causados específicamente por el EM.**

Es importante destacar que actualmente la OMS se preocupa por el desarrollo de una metodología para el estudio de eventos adversos, la seguridad del paciente, y

los errores de la atención médica. El tema ha sido abordado en Cuba en diferentes documentos y también se han realizado estudios de las consecuencias de la atención médica relacionadas con el EM, como, por ejemplo, operaciones injustificadas, mortalidad quirúrgica y anestésica, letalidad por enfermedades como el infarto agudo de miocardio (IAM) y la infección intrahospitalaria. También sobre la no correlación diagnóstica clínico-patológica y errores del diagnóstico por fallos en el interrogatorio. Siempre se ha dicho que el hospital, independientemente de su imprescindible necesidad y grandes ventajas, resulta un medio donde los que reciben sus servicios están expuestos también a múltiples riesgos, accidentes y consecuencias adversas, ocurrencia que se da también en todo el servicio de atención de salud. Por todo lo dicho, debemos reconocer la gran importancia que tiene el diagnóstico precoz y la prevención oportuna del EM, para lo cual hay que desmitificar o esclarecer el verdadero significado de este concepto.

Hay que tomar en cuenta que el EM no es únicamente un suceso exclusivo del médico, más bien es algo que incluye a todos los profesionales de la salud y en general a las personas que colaboran dentro de una institución u organización de salud.

Las razones por las cuales suceden los errores médicos son muchas, algunas de ellas pueden ser, negligencia, inadecuada atención, falta de educación o entrenamiento, entre otros, existe una propuesta importante para clasificar las causas del EM, es de la IOM de EE UU y las resume en tres grupos de la manera siguiente:

- Por exceso de servicio (overuse), se refiere al tratamiento innecesario o que tiene pocas probabilidades de beneficios.
- Por insuficiencias de servicios (underuse), no utilizar o demorar un servicio o tratamiento potencialmente adecuado, que trae como consecuencias complicaciones, muertes prematuras y altos costos.
- Por inapropiado diagnóstico (misuse), por diferentes factores, que demora o atrasa una oportuna conducta o tratamiento, que causan innecesarios eventos adversos y peligro de perder la vida. Se considera que este grupo incluye la mayoría de las causas de EM.

Aparte de estas características existen otros factores de riesgo en el error médico, que se deben considerar:

- Agotamiento físico y mental
- Exceso de confianza

- Vacilación, timidez, rutina
- Inadecuada información y orientación
- Fallos en la docencia
- Demoras en la atención
- Aplicación de nuevas tecnologías
- Fallo en el fármaco vigilancia
- Inadecuada relación médico-paciente

ERROR MEDICO

No existe una definición concreta referente a este tema, debido principalmente a que el tema por sí solo es algo complicado de abordar ya que genera conflictos entre el medio de los profesionales en los sistemas de salud; sin embargo, algo está definido totalmente y es que el error es finalmente ERROR HUMANO.

Error es definido como, el fracaso de aplicar completamente el plan de acción como fue propuesto o también del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo. Existen diferentes problemas que propicien directamente alguna situación y generen un error, los cuales pueden ser dentro del procedimiento, proceso, accionar, solución, proveedores, etc.

Error Médico: El error ha sido definido como, el fracaso de aplicar completamente un plan de acción como fue propuesto o también del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo. Los errores pueden incluir problemas de la práctica, productos, proceder o procedimiento y sistemas. (IOM)

Otra definición de error médico es, “conducta clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto”.

El Instituto Nacional de Medicina de los E.E.U.U (IOM) el error médico es un evento adverso o cerca de ser producido, que en su mayoría puede ser producido, que en su mayoría puede ser prevenido, con los actuales conocimientos de la ciencia médica. Las definiciones de error médico se han basado en concepciones y principios de la moral, la ética y deontología médica, es decir, vinculada, al deber, al humanismo, hermandad y solidaridad, que significan el respeto a la dignidad humana.

Por ejemplo:

- Error médico es el que resulta de una equivocación en que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una infracción o imprudencia, como la

negligencia, abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional.

- Error médico es todo un acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico, que no se corresponda con el real problema de salud del paciente. Se excluye la imprudencia, infracciones y mala práctica.

Se debe diferenciar el error médico de la mala práctica y sus variantes como la infracción o imprudencia, negligencia, la mala fe, el abandono, impericia, el abuso y es importante diferenciarlos, puesto que la conducta a seguir es diferente a cada una.

Para determinar que existió un error médico en una acción realizada, siempre se debe considerar que, este último es una equivocación, siempre que se compruebe haber actuado con sinceridad, buena fe, se cumpla con las reglas del arte y ciencias médicas y haber realizado todo lo que esté al alcance de las condiciones concretas de su medio de trabajo, con el fin de obtener un diagnóstico oportuno y prestar la mejor atención a las personas.

Para estudiar o investigar el error médico, existe una propuesta hecha por la IOM, que se visualiza de la siguiente manera:

- ***Tipo de institución o instituciones de salud, sistema donde ocurrió.***
- ***Personas implicadas, médicos, enfermeras, técnicos y otros trabajadores de la salud.***
- ***Tipo de servicio de atención donde se produjo, consulta, terapia intensiva.***
- ***Gravedad y tipo del daño ocurrido desde un simple evento centinela, discapacidad, lesión infección reacción alérgica, intoxicación o hasta un fallecimiento.***

Otra perspectiva

Se puede definir al **error médico** como una “conducta clínica equivocada en la práctica médica, por comisión o por omisión, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto”. Al presentar este concepto se introducen al análisis dos términos nuevos: *decisión* y *criterio*.

En la práctica médica, con mucha frecuencia contamos con una decisión evidentemente correcta y una o más decisiones evidentemente incorrectas, en tal caso normalmente tomaremos la decisión correcta, lo contrario representaría seguramente un error. Sin embargo, también nos enfrentamos a situaciones en las que no hay una decisión evidentemente correcta o una decisión evidentemente incorrecta, en tal caso es necesario emplear el criterio médico para elegir la que

consideremos la mejor decisión; en ese momento nos estaremos enfrentando al riesgo de cometer un error.

En cuanto al *criterio*, podemos considerarlo como “juicio clínico tendente a la toma de la decisión correcta en la práctica médica, con base en los conocimientos médicos, las habilidades, la experiencia y las evidencias disponibles”.

Con sustento en lo mencionado, podemos decir que el riesgo de cometer un error será menor en cuanto mayores sean los conocimientos, las habilidades y la experiencia con las que cuente el médico, quien debe ejercer su criterio para tomar la mejor decisión.

Al recordar a Pedro Saturno, el “gurú” moderno de la calidad de la atención médica, es muy interesante presentar algunos de sus postulados:

- Los fenómenos de la naturaleza están sujetos a dos grandes paradigmas: el físico y el biológico.
- El paradigma físico está sujeto a las leyes matemáticas, está estructurado y es predecible; el biológico es impredecible, es adaptativo, reactivo y creativo.
- La medicina y su práctica dependen del paradigma biológico, sujeto a cambios y a incertidumbre, que estimula la creatividad y la innovación. Por lo tanto, la medicina no puede ser una ciencia exacta.
- En la práctica médica, cada paciente es una situación inédita que requiere de todos los conocimientos, habilidades y experiencia del médico.
- Con frecuencia en la práctica médica se hace necesario desarrollar la iniciativa y la creatividad, redefinir los criterios, romper paradigmas y con ello exponerse al error, especialmente en situaciones críticas.

Teniendo en cuenta el gran riesgo de cometer un error que existe en la práctica médica, arribamos directamente a la posibilidad de caer en la mala práctica médica. Se propone el concepto de ***mala práctica*** como la responsabilidad profesional derivada del ejercicio inadecuado de la práctica médica, por incompetencia, impericia, negligencia o dolo.

De este concepto se derivan en forma natural los siguientes postulados:

- La mala práctica se genera por incompetencia profesional, conocimientos médicos insuficientes o carentes de vigencia, criterios deficientes para aplicarlos, impericia por habilidades quirúrgicas insuficientes o falta de experiencia.
- Exceso de confianza que lleva al médico a omitir las previsiones y precauciones necesarias.

- Fatiga y estrés, que ocasionen decisiones o conductas incorrectas.
- Delegación de responsabilidades a personal con competencia insuficiente.

La incompetencia profesional merece un análisis adicional. Ésta puede ocurrir como consecuencia de una falta de congruencia entre la complejidad de los problemas y necesidades de salud del paciente, con la preparación de los médicos que deben resolverlos, o cuando la falta de actualización de conocimientos y habilidades los hace caer en incompetencia. En este sentido, la certificación de conocimientos y habilidades por los consejos de las especialidades correspondientes acredita la competencia de los médicos para realizar los procedimientos de la especialidad certificada y prevenir los errores.

Existen recomendaciones para evitar el error médico, por ejemplo:

- Basarse en las guías clínicas
- Aplicar la medicina basada en la evidencia
- Competencia profesional: Conocimientos, habilidades, experiencia
- Capacitación y actualización continuas
- Estudio clínico completo y acucioso
- Buenos registros en el expediente clínico
- Conocimientos en epidemiología (probabilidad)
- Experiencia: ¿Elegir el mejor criterio?
- Profesionalismo, supervisión, revisión.
- Una comprensión realista de los riesgos inherentes a la práctica de la medicina moderna, requiere que los médicos establezcan lazos multidisciplinares de cooperación con sus colegas y desde luego, con los propios pacientes, con el fin de lograr un abordaje de la seguridad a través de sistemas proactivos.
- Los profesionales de la salud deben considerar siempre la seguridad del paciente durante el proceso de toma de decisiones clínicas y quirúrgicas

- La creciente complejidad de los sistemas de salud puede favorecer la proliferación de errores e incidentes, de cuya identificación dependerá que se instauren las medidas necesarias para evitarlos y minimizarlos en cuanto sea posible.
- Por esto, en paralelo a las reformas a los sistemas de salud a nivel mundial se han concretado esfuerzos organizados para conocer los eventos adversos derivados de la atención a la salud, para identificar sus causas y, en consecuencia, para desarrollar y poner en práctica soluciones efectivas a esos problemas
- Los errores atribuibles a los pacientes son errores activos más que errores de sistemas
- Se desconoce la prevalencia real de errores activos por parte de los pacientes
- Por lo general el concepto de error no reconoce que los pacientes pueden contribuir a/o evitar el error

Los errores de los pacientes probablemente se incrementen como consecuencia de los cambios en los modelos de atención, predominio del manejo ambulatorio de padecimientos crónicos, cirugía ambulatoria, estancias hospitalarias más cortas, terapias más complejas, y un incremento en pacientes con padecimientos crónicos y edad avanzada

- El reto consiste en reducir las consecuencias negativas de los errores que se pueden llegar a cometer

El error médico es un tema delicado y de problemática mundial, por ejemplo, es importante mencionar que de acuerdo al libro de errar es humano, los errores médicos son una causa de muerte demostrada y desafortunadamente solo se ha podido estudiar e investigar los errores médicos en los países de primer mundo.

De acuerdo a los científicos investigar el error médico es difícil debido a los factores económicos, la falta de acuerdo entre instituciones y la dificultad de ubicar el tipo de error que sucede en las instituciones.

Enfocando un poco el cual se refiere a, si el error médico es prevenible o no, Lucian Leape, comenta que si se ofrece una atención medica segura, los errores

se pueden reducir en un 80%. También plantea que la mayoría que los eventos adversos no son producidos por negligencia, inadecuada atención, educación o entrenamiento, más bien ocurren en los servicios de salud debido al diseño del sistema o factores de organización, mucho más frecuentes que en otros sectores y afirma que las evidencias son aplastantes en reconocer que el EM se debe a múltiples factores y raramente a falta de cuidado o de un solo individuo.

Existen otros factores causales o de riesgos del EM, que deben ser considerados:

- Agotamiento físico y mental
- Exceso de confianza
- Vacilación, timidez, rutina
- Inadecuada información y orientación
- Fallos en la docencia
- Demoras en la atención
- Aplicación de nuevas tecnologías
- Fallo en la fármaco vigilancia
- Inadecuada relación médico-paciente
- Transfusiones de sangre no segura
- Accidentes
- Inadecuadas condiciones de trabajo
- Inadecuados métodos de trabajo
- No actualización o cumplimiento de normas (o buenas Prácticas)
- Falta de equidad
- Errores de escritura y lectura
- Inyección y vacunación no segura
- Investigaciones diagnósticas no seguras
- Defectos de recursos, equipos y de organización
- Falta de requisitos de calidad

El error médico debe ser un foco de atención para los profesionales de la salud, específicamente los directivos, funcionarios o responsables de la institución, ya que conociendo sus consecuencias indeseadas, el que se repita no es aceptable. Estos errores deben ser atendidos y analizados en reuniones médicas, con libertad y profundidad necesarias con el fin de evitar que se repita dicha acción.

El error médico se puede prevenir casuísticamente, pero es imposible impedir que surjan nuevos errores, por múltiples razones, en primer lugar, porque el error es humano y, además, que obedece a distintas causas, por esto la prevención constituye una tarea permanente.

Lo más importante para poder prevenir es la vigilancia y el control permanente, de forma concurrente durante el proceso de atención de salud, a fin de detectar los fallos e incumplimientos para actuar preventivamente, evitando errores para elevar la seguridad del paciente. En el error médico existen supuestos y esquemas que pueden ayudar a manejar de una mejor manera la situación al momento de que sucede un error médico.

EL ERROR EN LA PRÁCTICA MÉDICA, CÓMO INFORMAR A LOS PACIENTES SOBRE LOS ERRORES MÉDICOS OCURRIDOS

1. Notifique a su seguro, busque asistencia en quienes podrían ayudar a comunicar el error (jefe de servicio, gerentes de salud).
2. Informe cuánto antes lo que sabe del evento. Concéntrese en lo que sucedió y en las posibles consecuencias.
3. Tome la iniciativa en la comunicación. No espere que el paciente pregunte.
4. Haga un plan de atención para rectificar el daño y prevenir recurrencia.
5. Ofrezca segundas opiniones cuando sea conveniente.
6. Ofrezca la opción de una reunión con la familia y con abogados presentes.
7. Documente discusiones importantes.
8. Ofrezca la opción de encuentros para el seguimiento.
9. Esté preparado para emociones fuertes.
10. Acepte responsabilidad por resultados, pero evite atribuciones de culpa.
11. Exprese apropiadas manifestaciones de disculpas y de pesar.

Tomado y traducido de: PC Hébert, AV Levin, G. Robertson. A. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. CMAJ 2001; 164: 509-513.

TIPOS DE ERRORES	
DIAGNÓSTICOS	<ul style="list-style-type: none"> A) Error o retardo en el diagnóstico B) Falla en el uso de las pruebas indicadas C) Falla para actuar sobre los resultados ofrecidos por el monitoreo o prueba D) Uso de pruebas terapéuticas desactualizadas
TERAPÉUTICOS	<ul style="list-style-type: none"> A) Cuidado inapropiado o no indicado B) Error en el método o la dosis de un medicamento C) Error en la administración del tratamiento D) Error en la realización de una cirugía, un procedimiento o una prueba E) Retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta a una prueba anormal
PREVENTIVOS	<ul style="list-style-type: none"> A) Falla para proveer un tratamiento profiláctico B) Seguimiento del tratamiento inadecuado
OTROS	<ul style="list-style-type: none"> A) Falla en el equipo B) Falla en la comunicación C) Falla en otros sistemas

Actualmente la OMS calcula que, en los países desarrollados, uno de cada diez pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. El daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos; sin embargo, se estima que en los países en desarrollo la probabilidad de que los pacientes sufran algún daño en los hospitales, es mayor que en los países desarrollados. En algunos países en desarrollo, el riesgo de infección asociada a la atención médica llega a ser hasta **20** veces superior al registrado en los países desarrollados.

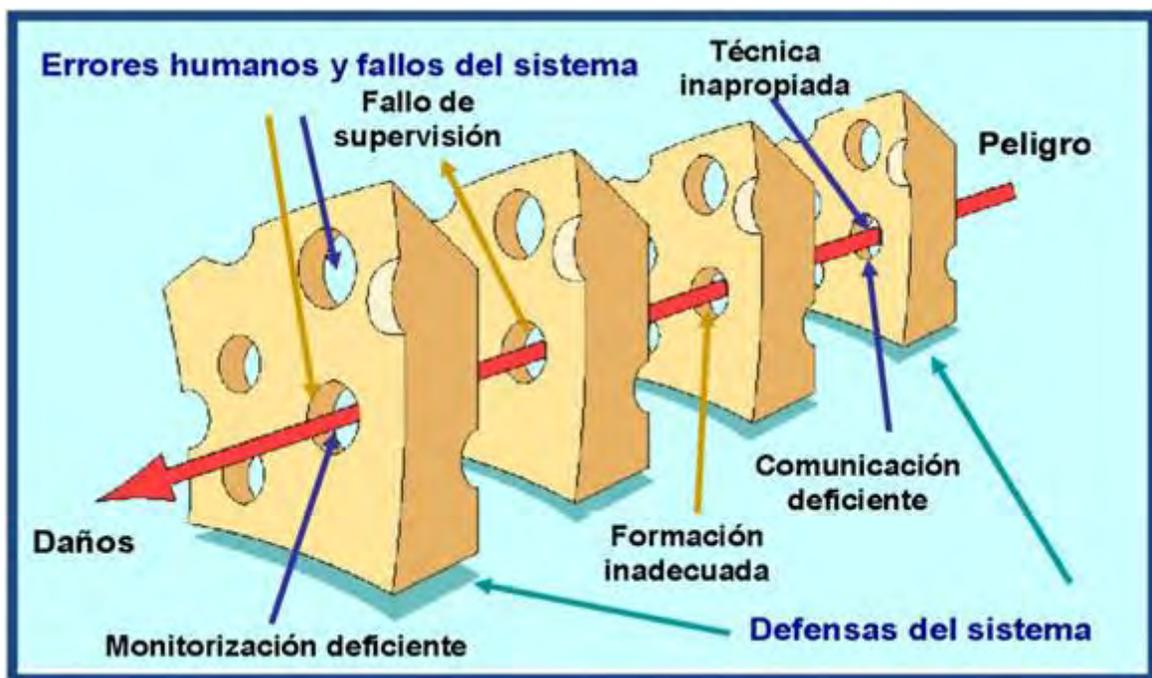
Los errores médicos también pueden ser definidos como la falla en una acción planeada, al no ser completada como se planeó o el uso de un plan erróneo (equivocado) para lograr un objetivo.

Además de su costo en vidas humanas, los errores prevenibles tienen otros costos significativos. Se ha estimado que los costos totales, incluyendo los gastos por atención médica adicional, pérdida del ingreso por falta de productividad laboral e incapacidad, van de 17 a 29 billones de dólares por año en los Estados Unidos.

Cuando los pacientes son atendidos por múltiples trabajadores de la salud (enfermeras, médicos especialistas, nutriólogo, etcétera) en diferentes escenarios y ninguno de esos proveedores tiene acceso a la información completa, es más fácil que las cosas puedan salir mal. También, la forma como los profesionales de la salud obtienen sus licencias y son acreditados, requiere esfuerzos mínimos en la prevención de los errores médicos. Para exacerbar estos problemas, los terceros pagadores (aseguradoras) ofrecen poco incentivo financiero a las organizaciones de salud para que mejoren la calidad y la seguridad de los servicios que ofrecen.

La causa más común de los errores no está en los individuos particularmente, sino en las fallas del sistema, los procesos y las condiciones que llevan a la gente a cometer errores o fallas en la prevención de los mismos.

En la figura de abajo podemos ver el famoso esquema del “Queso Gruyere”, que nos ilustra de manera sencilla y gráfica los factores por los que ocurre un error.



Culpar a alguien en particular cuando ocurre un error, no ayuda a hacer el sistema más seguro ni a prevenir que alguien más cometa el mismo error en el futuro.

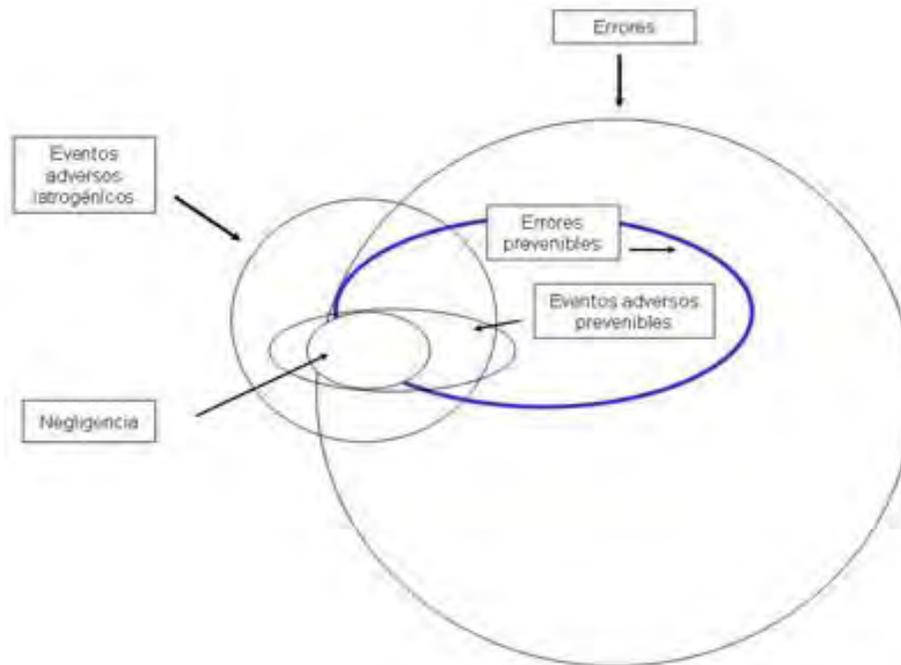
Los errores pueden ser prevenidos mediante un adecuado diseño de los sistemas, en todos sus niveles, de tal forma que sea difícil equivocarse y fácil hacer correctamente las cosas. Aun así, los individuos no deben ser descuidados: deben permanecer alertas y tomar la responsabilidad de sus acciones.

OTROS ERRORES MÉDICOS

La práctica de la medicina lleva consigo el riesgo de cometer errores, provocando daños, a pesar de hacer de mejor manera las cosas, por lo tanto, hay quienes consideran que los médicos, principales participantes en las actividades hospitalarias son agentes de enfermedad muerte, esto genera a menudo que los profesionales de la salud dejen de ejercer por el miedo de que les pueda pasar, ya sea por salir golpeados en el prestigio o ser sujetos de diversas demandas.

Es importante mencionar que no todos los errores tienen que ver con los médicos, existen factores dentro de los procedimientos, diagnósticos, terapéuticos y accidentales; se dice que, en la práctica médica, el error puede ocurrir en tres condiciones: por la realización de acciones innecesarias, por la ejecución inadecuada de maniobras útiles y necesarias, o por la omisión de intervenciones benéficas, lo que se ha denominado sobreutilización, mala utilización y subutilización (overuse, misuse, underuse).

Una dificultad metodológica tiene que ver con la definición operacional del error médico, ya que se pueden cometer muchos errores que, al no tener consecuencias, pasan inadvertidos; por otro lado, suele haber eventos adversos que no dependen de errores. Existen errores prevenibles y accidentales, algunos autores distinguen el lapsus y el desliz del error, considerando que éste tiene una cierta intencionalidad, aunque ambos generen desenlaces inesperados. Para los autores, oprimir un botón equivocado o no recordar momentáneamente algún dato es más un lapsus o un desliz que un error. En la figura 1 se pueden ver las relaciones entre errores y eventos adversos.



Alberto Lifshitz, Los errores médicos, El Ejercicio Actual de la Medicina.2009, FAC-MED.

Los errores actualmente no se vinculan directamente con los eventos adversos, lo cual no debería ser así, ya que se debería relacionar tomando en cuenta los elementos de estructura, proceso y resultados de dichos errores. También es importante mencionar que dentro de las instituciones de salud existen comités los cuáles puede identificar los errores, pero no se ocupan de ver el origen de este, dicha situación sumada a la falta de control y archivo de los errores es los que origina que se sigan cometiendo errores.

Error excusable e inexcusable.

Esta clasificación ha sido propuesta por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México y se refiere a que son excusables aquellos errores “derivados de una equivocación en el juicio, es decir, los que se cometen con una lógica de pensamiento correctamente estructurada pero que parten de una interpretación inadecuada de los hechos”. La aplicación de estos adjetivos implica el conocer a fondo el proceso de atención médica y el razonamiento clínico, lo que difícilmente pueden lograr los profesos, incluyendo a los abogados y los pacientes. Esta categorización parece indispensable para calificar la mala práctica de la medicina, que se caracteriza precisamente por errores inexcusables.

Enfoque personal y enfoque sistémico.

El error humano puede ser enfocado de dos maneras: como un problema de las personas o como uno de los sistemas. El enfoque personal atribuye los errores a ciertos procesos mentales de los individuos tales como olvido, distracción, deficiente motivación, falta de cuidado, negligencia o imprudencia; este enfoque genera medidas educativas y disciplinarias, considera los errores como asuntos morales y asume que las cosas malas le ocurren a la gente mala en lo que se ha llamado la “hipótesis del mundo justo”. El enfoque sistémico, en cambio, considera que los seres humanos somos falibles y que los errores pueden ocurrir aún en los mejores individuos y que son consecuencias de las condiciones en que los individuos trabajan y no de la perversidad humana. Su frase es que “dado que no podemos cambiar la naturaleza humana, hay que cambiar las condiciones en que trabajan los humanos”. El enfoque personal ha prevalecido en muchas organizaciones dado que culpar a los individuos resulta más cómodo que enfocarse a las instituciones. En los errores de medicación, por ejemplo, ciertamente habría que mejorar las cualidades de la comunicación de la orden (se dice que la caligrafía ha matado más gente que las guerras), pero la cadena incluye la prescripción, el etiquetado, empacado, nomenclatura, dispensación, distribución, administración, monitoreo, etc., en cada uno de los cuales puede haber errores que se expresen como eventos adversos e incluso muertes.

Error activo y error latente.

Aun admitiendo la alta frecuencia de errores médicos, lo menos apropiado parece ser satanizar a los profesionales. La visión moderna de la causa del error médico considera la atención a la salud como un sistema altamente complejo, donde interactúan muchos elementos y factores, y donde la responsabilidad no está en uno solo de ellos. Por lo tanto, el castigo de un solo individuo o su estigmatización no cambia los demás factores, y la probabilidad de que el error vuelva a ocurrir sigue siendo alta. Los errores médicos suelen ser más consecuencia de las condiciones de trabajo que de una actitud deliberada y malintencionada por parte del médico. Algunos autores diferencian al error de la violación, en el sentido que el primero es una acción que se desvía no intencionalmente de un comportamiento esperado de acuerdo con algún tipo de estándar, mientras que la segunda es una desviación deliberada.

Los errores pueden ser latentes o activos. Éstos últimos dependen directamente del operador y sus efectos se observan de inmediato. Los errores latentes, en cambio, no dependen del operador, su efecto no se observa a simple vista e incluyen defectos de diseño, instalación, mantenimiento y otros. Se puede considerar que es un error latente el que aún no ha ocurrido, pero es sólo cuestión

de tiempo el que aparezca. Por ejemplo, los factores de riesgo para los errores médicos se pueden considerar condiciones de error latente. Algunos de estos factores de riesgo se muestran en el siguiente cuadro:

Variables relacionadas con mayor riesgo de errores médicos
Inexperiencia de los médicos o el personal (impericia)
Introducción de procedimientos nuevos
Pacientes en los extremos de la vida
Cuidados complejos
Atención de urgencia
Estancia prolongada
Insuficiencia de recursos
Procedimientos mal sistematizados
Desorden administrativo
Relación médico-paciente inadecuada
Relaciones interpersonales deficientes (médico-médico, médico-enfermera)
Presiones laborales, económicas, familiares y psicológicas de los médicos
Cansancio de los médicos

Si se analiza el contenido de dicho cuadro se puede ver que muchos de estos factores de riesgo tienen una alta frecuencia en las condiciones actuales de la práctica clínica. Por ejemplo, nuestro sistema de salud, con base en la necesidad de propiciar la formación médica, se sustenta precisamente en médicos inexpertos, que no siempre cuentan con la debida supervisión y asesoría. El primero que atiende a un paciente, aun grave o de urgencia, no es el más experto, sino el menos, porque así aprende. El experto suele participar en un segundo tiempo, a veces para corregir los errores que se cometieron en el primero. La práctica contemporánea implica la introducción frecuente de nuevos procedimientos, como marca de progreso, y, por tanto, la multiplicación de las oportunidades de error. La tendencia demográfica y epidemiológica se orienta hacia que la mayor parte de los pacientes hoy en día pertenezcan a los extremos de la vida. La mayoría de los médicos tiene que atender varios trabajos, laborar en

condiciones inapropiadas, tomar decisiones bajo la incertidumbre, y todos los médicos responsables se agobian por la responsabilidad que implica su desempeño. Nuestro sistema funciona con base en médicos cansados. Las residencias están diseñadas para aprender a actuar en estas condiciones porque se asume que así tendrá que ser toda la vida profesional.

CAPITULO III

GESTIÓN DIRECTIVA

Antecedentes

Aparición del modelo gerencial (Modelo español)

Los años ochenta se caracterizaron en lo sanitario por repetidos intentos de homogenización del sistema y por la progresiva introducción de técnicas y herramientas de gestión en los hospitales. El trabajo en equipo y la dirección por objetivos serían las piezas básicas de lo que se llamó a partir de mediados de los años ochenta el “**nuevo modelo de gestión**”, cuyo objetivo no era otro que comenzar a introducir la cultura de empresa en las organizaciones de salud y disminuir el costo que comenzaba a dispararse. Hasta entonces no se podía hablar de gestión directiva en sentido estricto, las instituciones de salud entonces llamadas centros se “administraban”.

Tanto los jefes de servicio vitalicios, que compaginaban a menudo su labor con la de catedráticos (también vitalicios) de universidades, como los administradores, que manejaban las “cuentas” de los centros, eran “intocables” y podían organizar a su conveniencia los mismos. La cultura de los profesionales de salud, sobre todo la de los médicos, se edificaba en torno al proceso asistencial y su labor se centraba fundamentalmente en lo clínico, dejando en manos de los administradores la organización y la gestión de los recursos necesarios para la buena marcha del hospital y la responsabilidad de que el gasto se ajustara al presupuesto, algo que, por otra parte, casi nunca se lograba, al menos en la esfera pública. Unos y otros, seguramente con la voluntad de prestación del mejor servicio, pero sin un concepto demasiado claro de pertenencia a una organización superior cuya misión última era la satisfacción de las necesidades sanitarias de los ciudadanos a un coste sostenible.

En 1984 cuando aparece el “nuevo modelo de gestión hospitalaria”, tachado por algunos de excesivamente “taylorista”, que recogía la necesidad de implantar una serie de medidas encaminadas a la puesta a punto y reforma de los hospitales. La necesidad de “hacer gestión”, el trabajo por objetivos asistenciales y económicos y la creación de una estructura homogénea fueron sus características identificadas.

El mismo año se introduce también un cambio normativo que había de ser fundamental en la organización sanitaria de los centros: se pasa del modelo de

jefes de servicio vitalicios a otro de mayor responsabilidad y autonomía, en el cual los nombramientos se hacen por concurso abierto, valorando a la persona y al proyecto de gestión del servicio, y que preveía una reevaluación periódica en función de los resultados. Este cambio debía propiciar posteriormente la incorporación paulatina del jefe médico a un ámbito más amplio de gestión, con competencias sobre recursos, actividad y resultados.

Cambiar la situación y poner en marcha la reforma no resultó fácil, no sólo por la falta de cultura organizativa y la inercia de años de absolutismo clínico, sino por la carencia en el sistema de personas con la formación y la habilidad suficiente para conducir a estas organizaciones hacia los nuevos objetivos. No era fácil encontrar administradores que combinaran la experiencia directiva con la sanitaria, convencidos de la necesidad del cambio y al mismo tiempo dotados de la suficiente autoridad para lograr romper las formas de trabajo tradicionales y presionar a la organización para mejorar los resultados; directivos capaces, en suma, de ser referentes organizativos para llevar a buen puerto la reforma. Esta situación obligó a profesionales con poca o ninguna experiencia, pero con mucha ilusión, a “tirar del carro” de la gestión. Los últimos azotes de la gestión del INSALUD en Andalucía y los primeros de la recién creada y efímera Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía (RASSA) se plasmaron en una generación de jóvenes profesionales, que tras haber aprobado en muchos casos las oposiciones a médico inspector (El Reglamento General de Régimen de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por Orden de 7 de julio, había establecido en 1972 que los puestos de directores de hospitales y ambulatorios recaerían en médicos inspectores del Cuerpo Sanitario del Instituto Nacional de Previsión) eran enfrentados, sin más bagaje que su formación, ilusión y ganas de trabajar, a lidiar las más difíciles faenas con “vitorinos” bregados en los ruedos sanitarios para “reconvertirlos” a las nuevas culturas sanitarias jerarquizadas, todo ello sin más armas que mucha psicología, algo de “mano izquierda” y alguna que otra amenaza de reducción de cupos.

Para controlar el costo y poder comparar el rendimiento entre los distintos centros, las organizaciones fueron reestructuradas introduciendo mecanismos de planificación en la gestión y control. Fueron años de “ajuste” duro en los que, en muchas ocasiones, la toma de decisiones se basaba más en la intuición que en la escasa información que aportaban los recién instaurados “cuadros de mando”. Años en los que se quemaron muchas ilusiones y también algún que otro profesional, pero también años, y justo es reconocerlo, en los que numerosos ejemplos dan fe de la capacidad de presión de los nuevos gestores en busca de la eficiencia: en un periodo relativamente corto en el tiempo se lograba bajar casi a la

mitad las estancias medias, y por fin se podía controlar y medir la producción hospitalaria, aspecto de la gestión hasta entonces ignorado.

Cuando estos profesionales habían abierto la brecha en las protecciones corporativistas a costa de esfuerzos y enfrentamientos se pensó que era un buen momento para dar otro aire a la gestión, menos imperativa y más argumentada, buscando un nuevo equilibrio de poder entre los profesionales de la gestión y el resto del personal del hospital, y se produjo el salto de algunos médicos vinculados a la actividad clínica-asistencial a puestos de dirección hospitalaria, esencialmente los Jefes de Servicio que sin formación directiva accedieron a las Direcciones Médicas. La confrontación estaba servida.

Paralelamente, centros de formación como la Escuela de Gerencia Hospitalaria, que había iniciado su andadura en 1982 y en Andalucía la Escuela Andaluza de Salud Pública, a partir de 1985, se ocuparon de desarrollar cursos de gestión y administración sanitaria para la formación de personal especializado, y propiciaron de alguna manera que el personal formado en ella, avalado por el mayor o menor prestigio académico de la institución y con un amplio bagaje teórico, irrumpiera también en la gestión. Nace así una segunda generación de directivos, con una presumible buena formación en el manejo de los centros, pero como los anteriores, poco expertos en la práctica de la gestión diaria, por lo tanto, se produjo nuevamente más de un conflicto.

Quizás por ello, y porque el gasto disparado hacía cada vez más lento el tomar medidas drásticas de contención, se debió considerar que la solución pasaba por poner los centros hospitalarios en manos de dirigentes no médicos, procedentes de empresas privadas, que, sin duda, aplicando criterios de gestión empresarial ahorrarían una buena “utilidad”. De un momento a otro los centros se llenaron de gestores mediocres y la crisis económica de la época provocó un paro, ya que esencialmente amigos, familiares y conocidos y, en algunos casos, mediocres profesionales, estaban al frente, sin embargo, los “buenos” normalmente permanecían en sus puestos. De esta manera, sin más conocimientos del mundo sanitario que haber padecido algún par de problemas, se les puso al frente de una compleja maquinaria que en poco o nada se parecía a su mundo de procedencia.

En el ámbito normativo, la Ley 8/1986 de 6 de mayo del Servicio Andaluz de Salud (SAS), vino a dar cobertura legal a esta situación y potestad a la Consejería de Salud para el nombramiento de los directivos de los centros sanitarios de este organismo y en su virtud, se dictaron dos órdenes de 13 de noviembre de 1986 y 9 de julio de 1987, que constituyen el marco legal para el nombramiento y remoción de cargo directivos de Atención Primaria y hospitales respectivamente,

por el procedimiento de libre designación y cese y que en la práctica resultaba ser libre decisión para disponer lo que se crea conveniente; eso sí, con convocatoria pública anunciada en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA). Aunque en teoría se podía optar a puestos directivos, funcionarios, estatutarios y personas proveniente de la esfera privada, los funcionarios quedaban lamentablemente en “desventaja”, ya que debían renunciar a su puesto de trabajo habitual y solicitar excedencia para dirigir los centros.

En esos años se creó en la Dirección General del SAS competente en materia de personal, una “unidad de directivos” que supuestamente manejaría un extenso banco datos de personas que, convenientemente formadas, y sin importar su procedencia, estarían dispuestas a afrontar el reto de dirigir un centro sanitario, y que, sólo tras un duro y cuidado proceso de selección, podrían acceder a un puesto de responsabilidad. La realidad era bien distinta, los posibles candidatos eran más bien escasos y el hecho de no ser pocos los nombramientos en los que se le comunicaba a la persona “elegida” la necesidad de inscribirse “a toro pasado”, en la citada unidad provocó la falta de credibilidad y el desinterés consiguiente de los posibles candidatos y la unidad decayó con más pena que gloria. La amistad, buena relación o color político pesaban más que la formación o los resultados de gestión. Cuando los resultados objetivos eran tan malos que no se podían maquillar, bastaba “castigar” a los que habían sido “malos”, dándoles una nueva oportunidad en otro hospital para demostrar su “valía”. Por si el panorama no era ya lo suficientemente desalentador, los puestos directivos de instituciones sanitarias resultaron ser también un buen recurso para reubicar sin tener que dar demasiadas explicaciones “defenestrados políticos”, administradores muchas veces mediocres que, en ocasiones, su única relación con la sanidad derivaba de alguna gripe mal curada.

Fueron años en los que era frecuente escuchar la frase: “los hospitales están enfermos de política”. En todo caso, el final de la centuria se caracterizó por gestores “improvisados” de todo tipo y procedencia, con mayor o menor formación específica previa y con escasa experiencia que sólo se incrementaba en función de errores y un mayor o menor esfuerzo personal. Las habilidades se adquirían de la práctica diaria y de algún que otro curso excesivamente teórico, que en muchos casos lo único que se conseguía era separar aún más, a los directivos de la realidad cotidiana.

Todo este cúmulo de “agitaciones” provocó en pocos años una altísima rotación de directivos. En los años noventa se podía decir que la mitad de los directivos de centros sanitarios andaluces había estado ya en más de un hospital, y casi un cuarto en cuatro o más centros distintos. Esta situación sin duda llevaba a una

gran sensación de vulnerabilidad y a una consecuente gran resistencia a la toma de decisiones comprometidas. Dado que la continuidad de los gestores en los cargos dependía no tanto de la eficiencia como de sus relaciones “sociales” y sus afinidades “políticas”, los directivos que aguantaban más tiempo en un mismo puesto eran precisamente los que se limitaban al *carpediemy* a los “experimentos con gaseosa”.

Gestión clínica

Entre la gestión sanitaria macro, o política sanitaria, y la micro gestión clínica realizada sobre cada paciente, o simplemente clínica, existe un espacio intermedio ocupado por la gestión clínica, entendiéndose como tal la organización de recursos humanos y tecnológicos con el fin de mejorar integralmente la asistencia prestada al conjunto de pacientes atendidos en cada centro sanitario.

En esta lectura se habla sobre el entorno de los profesionales médicos relacionados con la gestión clínica en los hospitales. El objetivo principal es poder concluir sobre la necesidad de caminar hacia un modelo regulado de formación y selección en esta área específica.

La gestión clínica se define o entiende como la organización de Recursos Humanos y tecnológicos con el fin de mejorar integralmente la asistencia prestada al conjunto de pacientes atendidos en cada centro sanitario. Esta gestión clínica es el punto intermedio dentro de una institución de salud, entre la gran gestión hospitalaria y la gestión clínica normal del día a día.

Para la gestión clínica adecuada se necesitan profesionales de la salud, los cuales tienen como objetivo principal establecer el mayor equilibrio posible entre la actividad, calidad asistencial y consumo de recursos, lesionando lo menos posible cualquiera de estos parámetros en la toma y ejecución de sus decisiones. Algunas tareas de los profesionales es conocer adecuadamente su área de referencia, su población, la demanda asistencial, su propio hospital, sus recursos, su cartera de servicios, su actividad, su calidad asistencial, diseñar cuadros de mando personales útiles, analizar las encuestas de satisfacción de los pacientes, estudiar sus demandas y reclamaciones, planificar la asistencia, hacerla viable, disponer los cauces para mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, organizar la elaboración, implantación y seguimiento de vías clínicas, alinear y pactar objetivos con los servicios o directamente con cada clínico, establecer prioridades, definir y desarrollar proyectos específicos de gestión clínica, fomentar la participación en ellos, impulsar y reorientar las comisiones clínicas, establecer

métodos para evaluar objetivamente a los médicos, corregir las desviaciones que se detecten, distribuir o redistribuir incentivos, conocer directamente las opiniones de los facultativos, idear sistemas alternativos de motivación para ellos, hacer atractivo el hospital para captar nuevos especialistas, mantener los existentes y, además , conseguir todo ello en un clima de cordialidad, aun en los momentos en que el equilibrio entre actividad, calidad y coste pudiera no ser el suficiente como para mantener la calma.

Como se puede deducir, enunciar estas y otras áreas que incidentalmente vienen a recaer sobre estos profesionales es cuestión ciertamente complicada, aun en el caso de manejar con soltura una amplia variedad de instrumentos y herramientas para su realización, y de poseer el conjunto de habilidades específicas necesarias para la gestión asistencial.

Información para la gestión hospitalaria

La complejidad de la gestión hospitalaria se refleja entre otros aspectos, en la diversidad de recursos utilizados, la diversidad de procesos, y la complejidad técnica para la producción de los servicios de salud; por ejemplo enfermos con un mismo problema de salud, por sus características individuales, pueden ser atendidos con diferentes estudios diagnósticos y tratamientos, lo cual implica, desde el punto de vista de los costos, distinto consumo de recursos: tecnológicos, humanos y materiales y desde el punto de vista de la información aspectos clave como: la disponibilidad de los datos médicos rutinarios, la existencia de un sistema de clasificación de pacientes y la posibilidad de que con dicha información, se puedan realizar comparaciones entre hospitales, al menos del mismo nivel de complejidad.

Los profesionales de la dirección y gestión sanitaria

Los centros hospitalarios, para desarrollar su importante función, se ven obligados a manejar cuantiosos, pero no ilimitados recursos, que por ello ha de ser objeto de la máxima atención por sus directivos para lograr su más eficaz gestión. Este sencillo concepto nos lleva ineludiblemente a la idea recurrente de la necesidad de profesionalizar la gestión y establecer una clara diferenciación entre políticos, gestores y clínicos. Sin embargo, a lo largo de los últimos años parece que no ha sido precisamente esa la realidad en la que se ha movido el mundo directivo sanitario, al menos en el entorno que hoy se está analizado.

Los profesionales de la administración y gestión sanitaria en los hospitales

El Diccionario de la Real Academia Española (DRAE), define el término “profesional”, como “aquella persona que ejerce una profesión y “profesión”, como “empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución”. Asimismo “administración” o “administrar” aparecen recogidos con el sentido de `gobernar´ o `dirigir una institución´ y finalmente “gestión” como `hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera´.

Sintetizando, y siguiendo el DRAE, podríamos definir al profesional de administración y gestión como aquel que ejerce el oficio de administrar y dirigir instituciones (en este caso las instituciones de salud) con eficacia y eficiencia.

Gestionar habla de coordinar y motivar a las personas de una organización para que exista una coherencia, sea la organización cultural, deportiva, económica u otra para conseguir las finalidades que dicha organización tenga. En los sistemas de salud se pueden distinguir tres tipos de gestión:

La gestión sanitaria macro, o política sanitaria, la gestión sanitaria meso, o gestión de centros, y la gestión sanitaria micro, o gestión clínica.

La macro gestión sanitaria, o política sanitaria, consiste en la intervención del Estado para aumentar la equidad y corregir disfunciones del mercado. Esta corrección de disfunciones implica: abordar las externalidades, regular los monopolios, y corregir la información imperfecta teniendo en cuenta cómo tales disfunciones quedan afectadas por el cambio tecnológico. La política sanitaria se expresa a través de las formas que adopta la financiación y regulación de servicios sanitarios y la regulación de otros aspectos relacionados con la salud (alimentación, medio ambiente, trabajo, estilos de vida). Existen distintas opiniones sobre el alcance de la política sanitaria en función de cuál se crea ha de ser la función del Estado.

En el 'WorldHealthReport' 1999, de la OMS (ya bajo la dirección de H Brundtland), se habla claramente de "un nuevo universalismo que reconoce los límites de los gobiernos, pero retiene la responsabilidad de los gobiernos para la dirección y financiación de los servicios sanitarios. Este nuevo universalismo da la bienvenida a la diversidad y, sometido a directrices, a la competencia en la producción de servicios. Al mismo tiempo reconoce que los servicios deben ser prestados para todos, pero no todos pueden ser prestados".

La política sanitaria tiene como objetivo confesable el de mejorar el estado de salud de la población y garantizar la satisfacción de los votantes con los servicios

sanitarios empleando unos recursos comparables a los de los países de referencia geográfica y económica.

Las disciplinas de salud pública, articuladas por el método epidemiológico, constituyen el soporte disciplinar de la macro gestión sanitaria. El método epidemiológico no es más que una adaptación, más conceptual (riesgo relativo, exposición, riesgo atribuible poblacional...) que instrumental, del método científico a los problemas de salud.

La meso gestión sanitaria, o gestión de centros, se realiza a través de la coordinación y motivación de los integrantes de un centro de salud, un hospital, una aseguradora, un mayorista farmacéutico en un entorno muy regulado. La gestión de centros tiene su apoyo disciplinar en las ciencias de la gestión y hace relativamente pocos años (el primer curso de gestión hospitalaria que se impartió en Esade fue, en 1973) la gestión sanitaria se identificaba con aspectos relativamente accesorios de la gestión de hospitales como las finanzas y el marketing. El contenido de la gestión de centros ha ido cambiando en la medida que se ha evidenciado cada vez más el parecido entre gestión sanitaria y el diseño de un nuevo modelo de avión. En efecto, el mejor diseño de un avión no se obtiene a través de la suma de los mejores diseños de sus diversos componentes (motor, fuselaje, mobiliario...) ya que son múltiples las interdependencias y muy fuerte la necesidad de coordinar diseños. De igual manera la calidad de la gestión sanitaria no se garantiza mediante la suma de las calidades de los centros que existan, por ejemplo:

El que exista el doble de enfermos diabéticos en EEUU que en el Reino Unido, el que se produzcan importantes diferencias de supervivencia en cáncer de mama a los cinco años del diagnóstico, el que oscilen ampliamente las prevalencias tabáquicas o las tasas de resistencias bacterianas y en suma el que, incluso, la mortalidad señale tremendas diferencias entre personas y países, apunta claramente a que la capacidad resolutoria de un sistema sanitario está claramente relacionada con, primero, el grado en que su política sanitaria tenga atisbos de racionalidad **(es un supuesto el pretender que la racionalidad sea el criterio único de la política sanitaria)** y, segundo, con el grado de articulación entre niveles asistenciales. La mejora en la gestión de los centros sanitarios requiere, como el cubrir tres por tres puntos en disposición cuadrada mediante línea quebrada sin levantar el lápiz del papel ni cambiar de sentido, desbordar las paredes (los bordes del cuadrado) de los centros: Pensar en curar algunas veces, ayudar a menudo, y consolar siempre.

La micro gestión sanitaria, o gestión clínica, parte de la constatación de que los profesionales sanitarios (los clínicos fundamentalmente) asignan el 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre en una tarea que supone coordinar recursos y motivar personas. La gestión clínica pretende restaurar los niveles de salud de los pacientes, en la medida de lo posible, mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o a grupos de pacientes (agrupados por una patología o procedimiento comunes, por la unidad de asistencia).

Las decisiones directas sobre cada persona las adopta el médico, la enfermera en su caso está trabajando por separado o en equipo, y las decisiones que afectan a grupos de pacientes las toman principalmente los responsables asistenciales.

La disciplina fundamental de la gestión clínica es la Medicina. La estrategia motivadora básica de la gestión clínica pasa por el fomento de la escepticismo, a través de la constatación de variaciones en práctica aparentemente arbitrarias que estimulan la preocupación por la efectividad, la medida del impacto sanitario y la adecuación de los servicios. En última instancia se pretende favorecer la evolución de la práctica de la Medicina hacia:

- Un creciente fundamento en la evidencia.
- La interiorización del costo de oportunidad de las actuaciones (el beneficio de lo que se deja sin hacer en la mejor alternativa posible).
- Una mayor orientación a las utilidades relevantes: las del usuario.

El problema fundamental de la gestión clínica, y posiblemente de la gestión sanitaria, pasa por conseguir que los profesionales sanitarios tengan la información y los incentivos para tomar decisiones coste-efectivas (los tres criterios antes reseñados). La mejora de los incentivos pasa por reformas organizativas y profesionales.

La mejora de la información busca tener sistemas de información que den respuesta a las preguntas lógicas de qué problemas tienen los pacientes, qué se les hace y qué resultados se obtienen y por saber acceder a, primero, y aplicar, después, los conocimientos pertinentes.

Los tres ámbitos de la gestión sanitaria están estrechamente relacionados entre sí: la gestión macro condiciona, la micro por la regulación de la oferta, en Europa, o por el mercado, en EEUU; la gestión macro condiciona, la meso según lo que se decide comprar o presupuestar; la gestión micro influye en la macro por el 70% de

recursos que asigna; la gestión meso influye en macro por consorcios, patronales, corporaciones profesionales, grupos de interés y asociaciones con preferencias ideológicas 'intensas'.

Administradores de los Sistemas de Salud

Dos son las características fundamentales de los profesionales de la gestión clínica:

1. Sus decisiones pueden repercutir de manera importante en la salud del conjunto de los pacientes atendidos en el hospital.
2. Las tareas que desempeñan son de alta complejidad técnica y requieren unos conocimientos y destrezas muy específicos.

Para este elevado grado de responsabilidad lo deseable es contar con unos profesionales suficientemente formados en gestión clínica, que den consistencia a la organización y rapidez a la gestión asistencial de cada centro. Por diversos motivos, entre estos gestores clínicos es frecuente que existan notables diferencias.

Su procedencia, y por tanto su formación de base, suele ser muy desigual. Podemos encontrar médicos de cualquier especialidad (interesados temporal o definitivamente en la gestión), médicos procedentes de antiguos cuerpos de la administración del Estado (en muy diferentes situaciones.

Según la comunidad autónoma), médicos especializados en admisión y documentación clínica. En cuanto a la formación específica en gestión clínica suele ser también muy variable, si bien un importante número de estos profesionales ha podido alcanzar a lo largo de los años un buen grado de conocimiento, mediante la voluntariosa combinación de algunos de los múltiples y dispares cursos existentes.

El objetivo principal de los profesionales de la gestión clínica en los hospitales es establecer el mayor equilibrio posible entre actividad, calidad asistencial y consumo de recursos, lesionando lo menos posible cualquiera de estos parámetros en la toma y ejecución de sus decisiones.

El objetivo de los profesionales es conocer adecuadamente su área de trabajo, su población, la demanda asistencial, su propio hospital, sus recursos, su cartera de servicios, su actividad, su calidad asistencial, diseñar cuadros de mando

personales útiles, analizar las encuestas de satisfacción de los pacientes, estudiar sus demandas y reclamaciones, planificar la asistencia, hacerla viable, disponer los cauces para mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, organizar la elaboración, implantación y seguimiento de vías clínicas, alinear y pactar objetivos con los servicios o directamente con cada clínico, establecer prioridades, definir y desarrollar proyectos específicos de gestión clínica, fomentar la participación en ellos, impulsar y reorientar las comisiones clínicas, establecer métodos para evaluar objetivamente a los médicos, corregir las desviaciones que se detecten, distribuir o redistribuir incentivos, conocer directamente las opiniones de los facultativos, idear sistemas alternativos de motivación para ellos, hacer atractivo el hospital para captar nuevos especialistas, mantener los existentes y, además, conseguir todo ello en un clima de cordialidad, aun en los momentos en que el equilibrio entre Actividad, calidad y coste pudiera no ser el suficiente como para mantener la calma.

Instrumentos de medición de satisfacción del paciente y personal médico dentro de la institución de salud

Estudiar la encuesta de satisfacción

El estudio de los resultados de las encuestas de satisfacción es un instrumento de gran utilidad que permite seguir alineando los objetivos de gestión del hospital; en este caso con las expectativas de los pacientes. Mediante esta revisión continuada, el gestor clínico puede conocer aquellas circunstancias que mayor insatisfacción producen a los usuarios y el nivel de importancia y la prioridad que otorgan a su corrección.

Conocer lo que el profesional opina

En demasiadas ocasiones las cosas no son como a primera vista parecen. Para conocer lo que el profesional asistencial opina, es útil elaborar encuestas dirigidas a poner de manifiesto aquellos aspectos clave que interesa mejorar en relación con la gestión clínica. También la opinión del personal involucrado en la gestión de pacientes, recogida de forma directa, aportará un importante punto de vista que puede ayudar al gestor clínico a recomponer la realidad que persigue.

Conocer la percepción del paciente

Conocer la percepción del paciente es imprescindible para el gestor clínico. Para ello es de gran utilidad la encuesta de satisfacción y las reclamaciones y sugerencias.

Estudiar las reclamaciones y sugerencias

Las reclamaciones y sugerencias no son sólo papeles que hay que contestar. También son “fotografías” de la realidad tomadas desde ángulos diferentes al del propio hospital. Aunque la imagen que presenten pueda no ser significativa del conjunto asistencial real, no es menos cierto que muchas de ellas desvelarán situaciones a corregir y que, por lo tanto, pueden constituir francas oportunidades de mejora para el gestor clínico.

Conocer lo que el profesional opina

En demasiadas ocasiones las cosas no son como a primera vista parecen. Para conocer lo que el profesional asistencial opina, es útil elaborar encuestas dirigidas a poner de manifiesto aquellos aspectos clave que interesa mejorar en relación con la gestión clínica. También la opinión del personal involucrado en la gestión de pacientes, recogida de forma directa, aportará un importante punto de vista que puede ayudar al gestor clínico a recomponer la realidad que persigue.

IDENTIFICAR LOS INDICADORES

Los hay de dos tipos; los primeros son los que se utilizan universalmente como, por ejemplo; el índice de rotación de camas, número total de egresos en el último año, número de cirugías efectuadas en el último año, tasa de mortalidad hospitalaria, promedio de estancia hospitalaria, tasa ajustada de mortalidad hospitalaria, % de cesáreas realizadas en un periodo, etcétera. Los segundos son indicadores que se realizan de acuerdo con las necesidades de la propia organización y son creados por su propia gente, es decir, son de uso local.

CONOCER LOS ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO

Son valores que se utilizan como referencia; en ellos, se debe de movilizar el indicador para saber si el proceso que se mide está controlado o no. Por ejemplo, el estándar de ocupación hospitalaria debe ser de 80 a 85% y si nuestro indicador se localiza fuera de este rango de ocupación, entonces traduce deficiente funcionalidad hospitalaria, ya sea por capacidad instalada de sobra (subutilización de recursos), cuando está por debajo del 80%, reflejando pérdida de las utilidades; o bien, se replantea la necesidad de crecimiento en instalaciones cuando se encuentra por arriba del estándar, indicando la necesidad de crecimiento. Algunas diferencias entre indicador y estándar son:

Indicador

- Muestra tendencias y desviaciones de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional
- Adquieren importancia cuando se les compara con otros de la misma naturaleza, correspondiente a periodos anteriores y con indicadores preestablecidos que se consideren adecuados
- Instrumento que permite cuantificar las relaciones entre dos o más variables, de un mismo o diferente fenómeno
- Permite el control y seguimiento del grado de avance del cumplimiento de las metas programadas
- Detectan desviaciones, identifican causas y nos sirven como referencia para una eficaz toma de decisiones Estándar
- Rango de valores aceptables que se pretenden obtener al aplicar un indicador - Están íntimamente ligados con la evolución de los resultados
- Mide un resultado, lo compara con una norma de referencia, y evalúa al responsable correspondiente
- Son instrumentos de medida sobre la actuación de los responsables de las operaciones

ASPECTOS A EVALUAR EN LA GESTIÓN DIRECTIVA

- **SUPERVISIÓN:** Consiste en vigilar y guiar a los subordinados hacia la realización de las tareas de forma eficiente, mediante la autoridad y el esfuerzo de ambas partes para el buen cumplimiento de las actividades.
- **COMUNICACIÓN:** Proceso a través del cual se transmite y recibe información en un grupo social.
- **MOTIVACIÓN:** Conducir o impulsar la acción, desde el enfoque administrativo, es una labor que realiza un superior para persuadir, animar

e impulsar a los subordinados a realizar determinada acción encaminada al logro de los objetivos.

- **TOMA DE DECISIONES:** Es el proceso en el cual se selecciona la alternativa idónea para la solución de un problema. Precisamente, la responsabilidad más importante para un administrador la toma de decisiones, es una función se liga en especial con los gerentes o la dirección.
- **LIDERAZGO:** Es el proceso de influir sobre las personas para que se esfuercen de forma voluntaria y con entusiasmo para el logro de las metas de un grupo. Está relacionado con la personalidad y capacidad que posee un individuo para guiar y controlar a otros a partir de una adecuada comunicación. Es imprescindible en todas las funciones administrativas para entender mejor las relaciones interpersonales del grupo.
- **DELEGACIÓN:** Es la concesión de autoridad y responsabilidad por parte de un superior a un subordinado para que este pueda tomar o pueda hacer determinadas actividades.
- **NEGOCIACIÓN:** La negociación es un medio de resolución de conflictos, cuando las partes desean mantener o continuar una relación de intercambio. La negociación existe porque se presenta un conflicto entre las partes y pretenden resolver de tal forma, que la solución sea benéfica para ambos.
- **MANEJO DE CONFLICTOS:** El manejo de conflictos es fundamental para mantener un buen clima laboral y alcanzar con el recurso humano de una organización los objetivos de ésta con eficiencia y eficacia.
- **PENSAMIENTO ESTRATEGICO:** Es un proceso de razonamiento que utiliza el enfoque sistémico para entender situaciones complejas, donde la existencia de interrelaciones entre los variados elementos puede dar diferentes resultados a menos que se actúe con un plan para alcanzar determinados objetivos.
- **FORMACIÓN DE TRABAJOS EN EQUIPO:** Un equipo de trabajo consiste en un grupo de personas trabajando juntas que “comparten percepciones, tienen una propuesta en común, están de acuerdo con los procedimientos de trabajo, cooperan entre sí, aceptan un compromiso, resuelven sus

desacuerdos en discusiones abiertas y que todo eso no aparece automáticamente, sino que debe irse construyendo poco a poco” (Antúnez, 1999, p.96).

LA PLANEACIÓN ESTATEGICA COMO HERRAMIENTA ESCENCIAL DE LA GESTIÓN DIRECTIVA HOSPITALARIA

Reforzando el término de planeación estratégica, podemos decir que planeación estratégica consiste en llevar un documento, de forma sistematizada y ordenada, la manera en que una organización piensa trascender desde su situación actual hasta la situación que desea para sí misma en el futuro.

Dentro de las organizaciones sanitarias la planeación estratégica es importante debido a los siguientes puntos:

- Los clientes (pacientes) cada vez más informados, exigentes (con capacidad de elegir). Asumiendo que los clientes de una organización sanitaria (OS) son sólo los pacientes, es claro que en el futuro las OS tratarán a pacientes cada vez más y mejor informados, conscientes de sus derechos, exigentes y con creciente capacidad de elegir a quién quiere que le preste asistencia sanitaria, decisión que tiene consecuencias en la financiación de la OS.
- La competencia cada vez más y mejor preparada, el tener acceso cada vez más actualizados y las continuas capacitaciones ayuda a que cada vez sea más fácil encontrar profesionales altamente capacitados provocando así una especialización y excelencia más extendidos.
- Otro factor es la limitación de recursos para la producción. Una posible derivada de esta situación es la redoblada obligación de asignar recursos coherentemente, este factor permite solo la permanencia de las OS mejores y más eficientes.
- Actualmente en toda organización ya dejó de importar únicamente el que, y empezó a tomarse en cuenta de manera importante el cómo, por lo tanto, en una organización de la salud, es importante que los pacientes queden satisfechos con los resultados, pero también en el cómo se consigan.
- El tamaño y la complejidad de las Organizaciones de salud, actualmente existe un aumento en el tamaño de la población, sus necesidades y las opciones diagnósticas y terapéuticas que se puede ofrecer que han conducido al crecimiento físico de las OS.

ELABORACIÓN DE UN ANÁLISIS FODA COMO HERRAMIENTA DE LA PLANEACIÓN ESTRATEGICA



<https://www.mercadotecniatotal.com/mercadotecnia/elaboracion-analisis-foda-herramienta-planeacion-estrategica-en-salud/>

Esta herramienta es de mucha ayuda en cualquier organización, debido a que muestra un panorama real de cómo está esta misma, dividida y analizada de manera interna a través de las fortalezas y debilidades y de forma externa analizando las oportunidades y las amenazas. Siendo utilizando estas herramientas de manera acertada la organización logrará mejorar en todas las áreas en las que se realice un análisis y dentro del mercado será vista y reconocida.

CAPITULO IV

LA RELACIÓN DE LA GESTIÓN DIRECTIVA Y EL ERROR MÉDICO

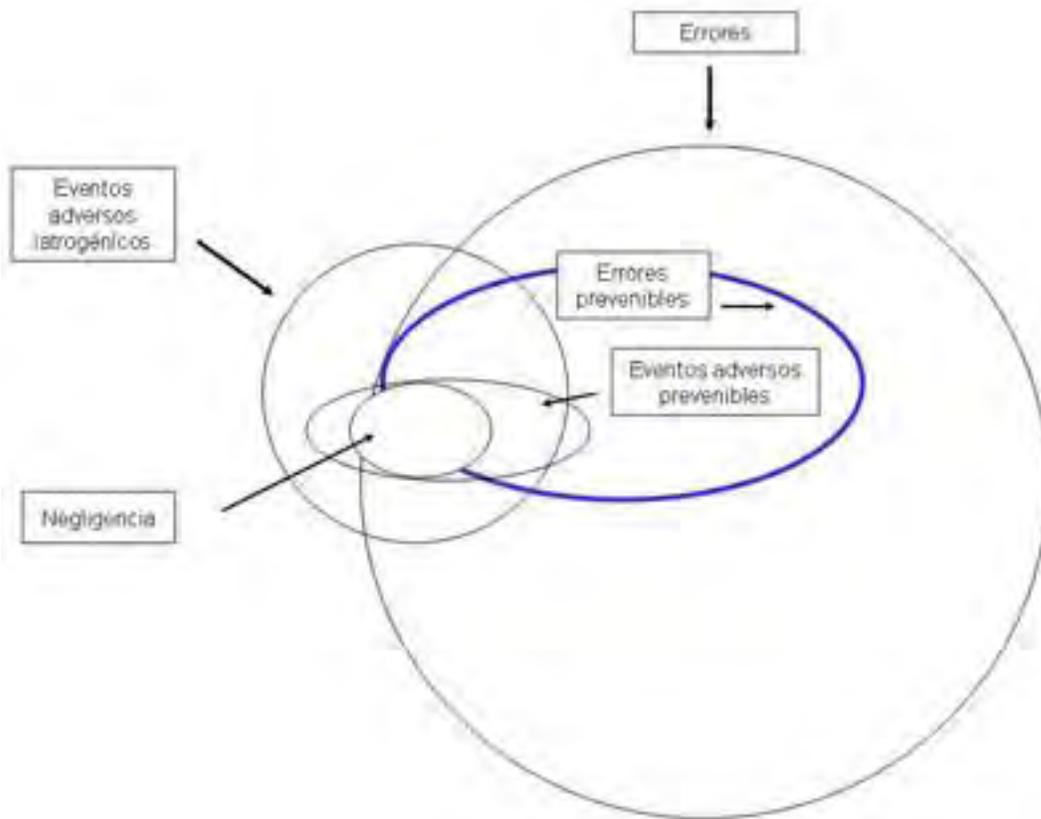
Antes de entrar de lleno en la explicación de la relación que pueda o no tener una gestión directiva con el error médico es importante mencionar que no existe bibliografía basta que pueda explicar de manera detallada la relación directa entre estas dos variables, por lo tanto, se debe estudiar de manera individual el tema de gestión directiva y relacionarla de manera directa con los temas de errores médicos, por lo tanto, se puede decir lo siguiente de dicha relación.

De acuerdo a la literatura descrita en los capítulos anteriores, la relación entre la gestión directiva y el error médico está directamente relacionada, ya que la gestión en muchas ocasiones retrasa o agiliza procedimientos que pueden evitar o provocar los errores, sean estos de índole administrativo o en algunos casos médicos, estos pueden suceder por muchas circunstancias, por ejemplo cuando no hay buena rotación del personal, cuando el almacén está vacío, al no haber personal directivo encargado de tomar una decisión que urge, etc.

Los errores médicos son en algunos casos consecuencia de las malas decisiones directivas, estas últimas repercuten con frecuencia en el comportamiento, atención, actitudes y valores que el personal pueda considerar al realizar sus determinadas actividades.

La gestión directiva es una herramienta necesaria dentro de cualquier institución, la cual ayuda a fijar el rumbo de una organización y busca que se cumplan los objetivos organizacionales marcando las acciones que se deben de realizar por todo el personal que labora en la organización.

Los errores médicos son comunes dentro de las instituciones de salud, sin embargo; el considerar que un error médico tiene un impacto o logra afectar a una persona no se puede medir ni detectar si quiera, hasta que se vuelve evidente ante los ojos de los pacientes o familiares o bien hasta que dentro de la institución de salud otro profesional de la salud logra detectarlo, o bien en muchos casos como sucedía en tiempos pasados hasta la necropsia de algún paciente, por lo tanto recordemos este gráfico:



Alberto Lifshitz, Los errores médicos, El Ejercicio Actual de la Medicina.2009, FAC-MED.

De acuerdo al gráfico podemos ver que siempre existen eventos adversos prevenibles, estos desde un particular punto de vista son importantes porque aquí es donde se pueden hacer estrategias desde la gestión directiva que contribuyan positivamente en la prevención del error, no dejando llegar a más alguna falla que se pueda presentar dentro de un procedimiento de cualquier índole dentro de la institución. También nos habla de los errores los cuales al igual que los eventos adversos se pueden erradicar si se cuenta con un lineamiento, normativas y procedimientos estrictos que sean transmitidos desde las áreas directivas de una institución de salud.

Ahora bien, dentro de la parte de negligencia siempre se debe considerar que la preparación del médico y personal administrativa es de suma importancia para realizar una actividad y hacerla lo mejor posible, parte de esta buena preparación es responsabilidad de la directiva a través de programas de capacitación profesional y al capacitar para el buen uso de los equipos médicos que llegan a la institución de salud. Sumado a lo anterior también los directivos deben de tomar en cuenta que es por regla y altamente recomendable que en las guardias sobre

todo en fin de semana y días oficiales feriados se debe dejar a cargo a por lo menos una persona altamente capacitada para tomar decisiones en casos críticos y evitar que sucedan errores por falta de conocimiento, experiencia o capacitación.

Por último, ¿Qué hacer cuando sucede el error?, lo más importante es estar consciente y si ya no existe solución que evite el daño todo el personal debe conocer los protocolos a seguir, comunicar a la directiva, esperar a que estén los representantes legales o saber cómo comunicar a los familiares de los pacientes, etc.

Es importante recordar que no todos los errores son prevenibles y muchos no son detectables si quiera, pero existe un porcentaje amplio de prevención de errores, por lo tanto, este último debiese ser el punto a atacar por parte de las instituciones de la salud que sin duda están en busca de erradicar los errores.

Dentro de la gestión directiva se debe de utilizar todas las herramientas conocidas por el área de interés para poder prevenir, combatir e incluso erradicar los errores, esta gestión se debe de asegurar de contar dentro de la institución con los siguientes puntos de interés:

- Contar con el personal sumamente capacitado en la gestión hospitalaria con experiencia en la rama medica
- Capacitar constantemente al personal para así poder prevenir que se cometan errores
- Asegurarse que todo el personal de interés para las diferentes áreas conozca los protocolos de actuación en caso de cometer errores
- Asegurarse que el personal médico cuente con seguro legal
- Impartir talleres que trasmitan una cultura organizacional homogénea, buscando así el bienestar del personal y un buen clima laboral
- Evaluar constantemente al personal para asegurarse que las funciones sean realizadas de la mejor forma

Otro factor para que exista una correcta y eficaz gestión dentro de las organizaciones de salud es el factor económico, el cuál actualmente se hace presente de manera involuntariamente indispensable, debido al papel que juego para lograr tener a un grupo de trabajo altamente capacitado que realice sus funciones de la mejor manera posible, también se debe contar con un almacén el cual permita realizar las actividades del día a día sin inconvenientes, por último se debe de contar con los equipos necesarios y adecuados con su respectivo calibrage y mantenimiento para desempeñar las actividades que los profesionales de la salud crean conveniente realizar sobre los pacientes.

Para que una gestión directiva sea verdaderamente eficaz se necesita que haya un buen control, una buena delegación y un equipo de trabajo responsable y capaz al frente, todo esto es fundamental debido a que en los tiempos pasados como vimos en el capítulo 2 y 3 los errores eran repetitivos y provocados principalmente por una mala decisión sobre él quien poner al frente de una institución, o por el sobre empoderamiento que se le daba a las personas que manejaban una institución, todo esto sumado a la falta de control en gastos e inversiones que a la larga genera una utilidad cero que evidentemente provoca el final de cualquier institución sea o no de salud.

Para entender mejor la relación de la gestión directiva con el error médico, se ha diseñado un instrumento en el cuál a través de los resultados se podrá concluir que factores dentro de la gestión pueden llegar a impactar en una institución de manera positiva o negativa, definiendo así cuales serían las estrategias a seguir más viables y pudiendo dar recomendaciones que impacten positivamente en la gestión directiva en las Instituciones de Salud.

También es importante recordar que la Gestión directiva debe ser global, es decir; la comunicación con la cual se trasmite la información, los valores organizacionales y la delegación de las tareas, entre otros, debido a que se puede lograr que el personal sea más eficiente y se sienta parte de una organización, logrando lealtad, honestidad, comunicación al momento de realizar sus actividades. En el caso de los Sistemas de Salud la atención se volverá mejor, promoviendo el accionar correcto en el servicio y el buen trato a los pacientes, minimizando los errores por omisión, mal servicio u otro que sea provocado por una mala actitud o servicio de alguien del personal de salud.

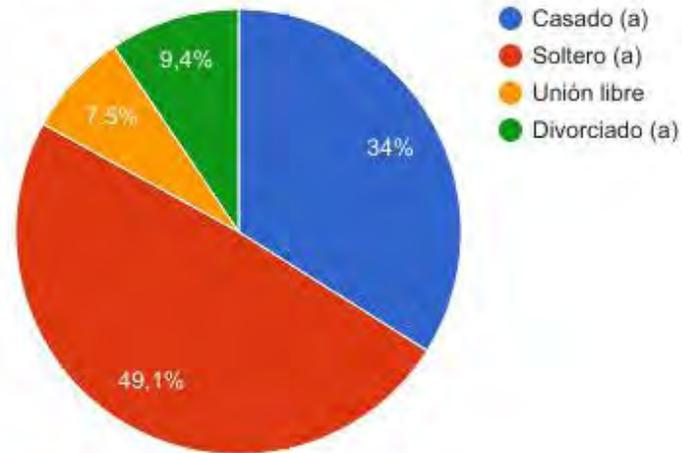
CAPITULO V

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

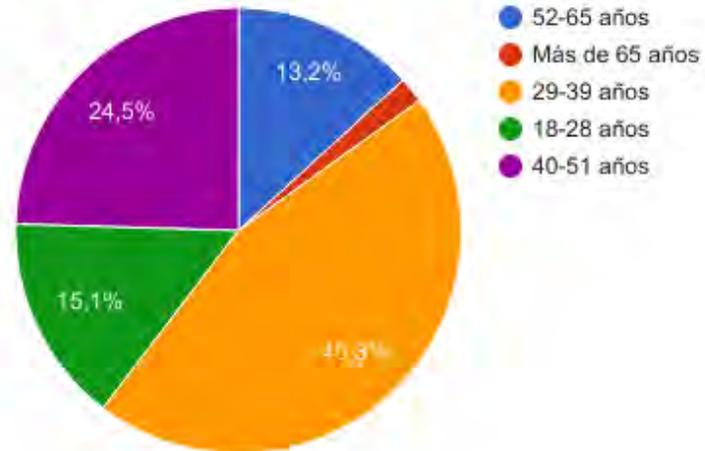
Este capítulo muestra un análisis de cada pregunta realizada en el cuestionario, permitiendo así obtener resultados los cuales muestren un panorama claro respecto a la relación que existe o no de la gestión directiva y el error médico, dando como resultados un cumulo de información que permita realizar estrategias, sacar conclusiones y obtener recomendaciones para evitar el error médico en las Instituciones de Salud.



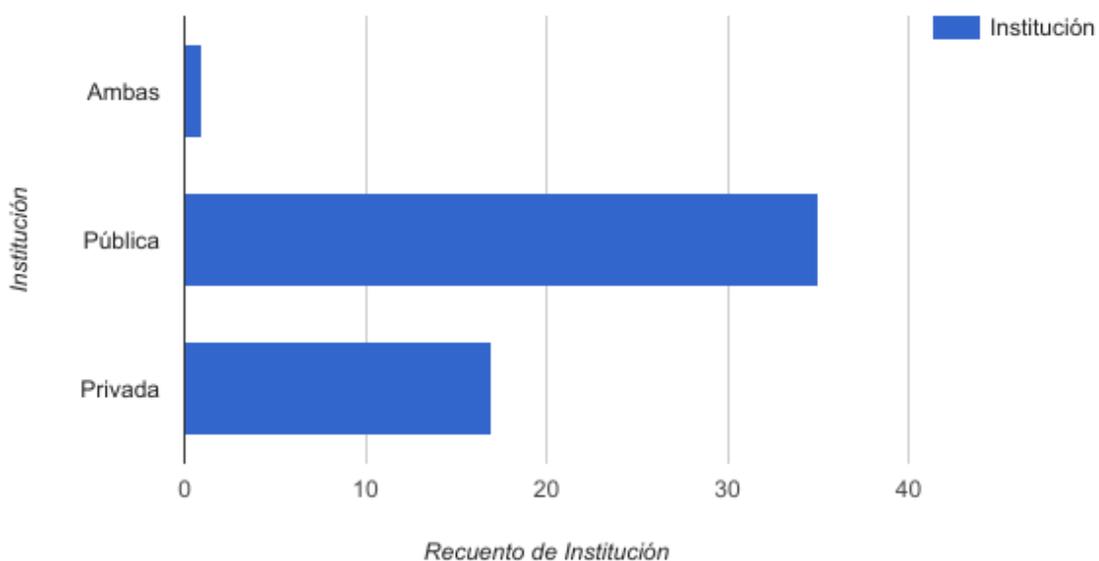
Recuento de Estado Civil



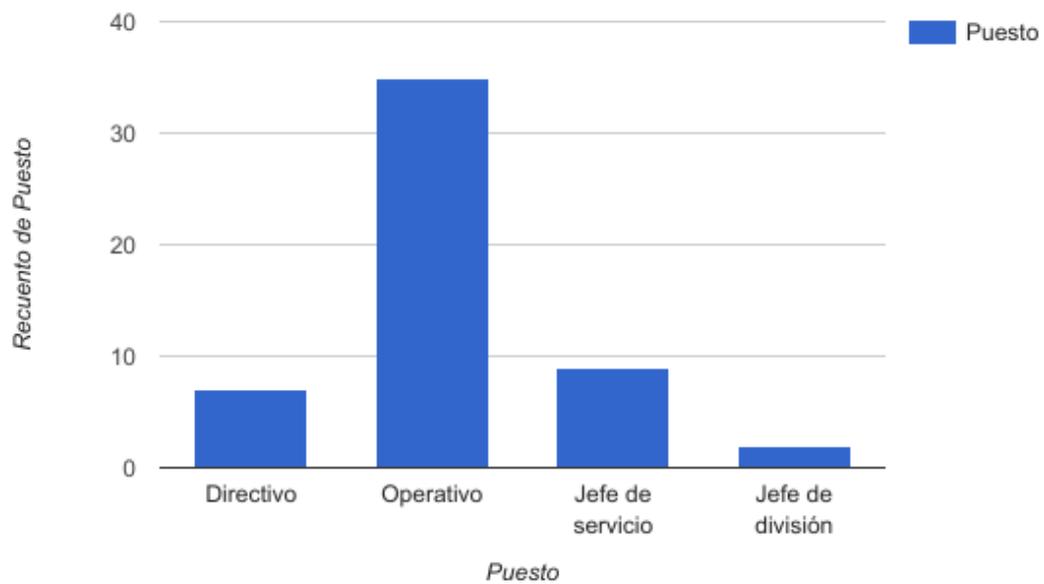
Recuento de Edad



Recuento de Institución



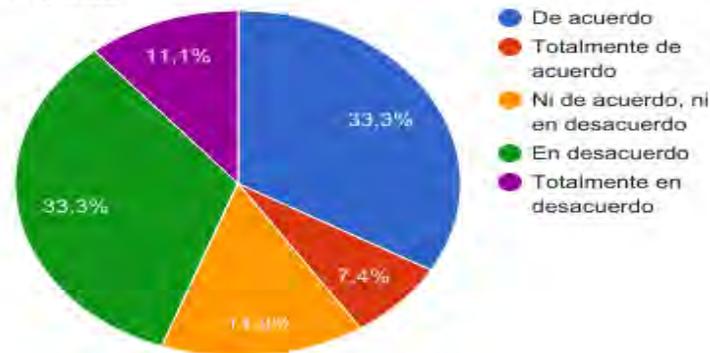
Recuento de Puesto



Recordemos que en el capítulo de Gestión directiva mencionamos habilidades o herramientas de dirección las cuales ayudan a tener una mejor administración dentro de una institución que como resultado se consiguen resultados favorables de manera global para los clientes, la institución y los trabajadores. Una de las principales herramientas mencionadas en la Gestión es la Supervisión, está como ya se menciona es importante para los trabajadores y para los jefes, debido a que de manera recíproca se pueden conseguir perfeccionar las formas en el trabajo.

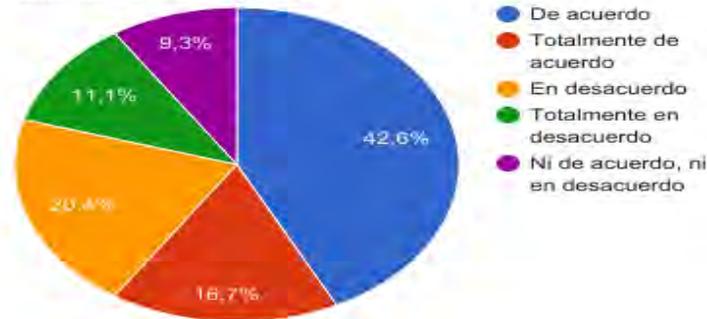
Específicamente en los sistemas de salud debiese ser indispensable tenerla; a continuación, veremos qué resultados se obtuvo del instrumento en el cuál se midió la importancia de esta herramienta en las instituciones de salud.

Recuento de 1. Los directivos no hacen caso cuando ocurre algún posible evento de error médico



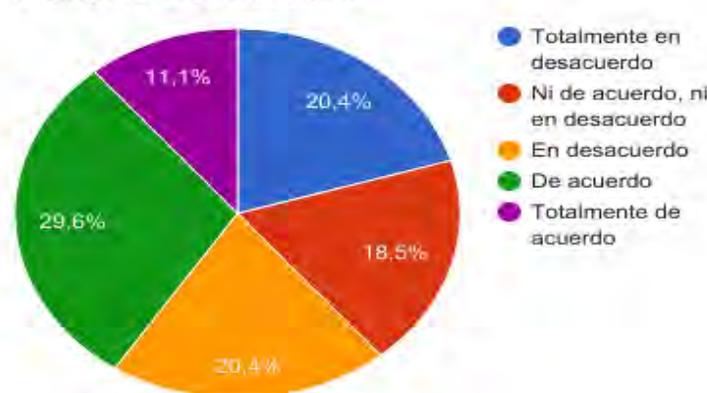
En este punto podemos observar que una tercera parte de los profesionales respondieron que los directivos sí hacen caso pero fue este mismo porcentaje el que también rechazó que los directivos estén al pendiente cuando ocurre un evento negativo, sumando los puntos en desacuerdo totalmente y de acuerdo totalmente podríamos concluir que los directivos no hacen caso a los eventos, según el 40% de los entrevistados pero en un poco porcentaje más alto, el 42% opina que si hacen caso, más adelante concluiremos.

Recuento de 2. Cuando hay mucha presión, los directivos prefieren trabajo terminado que calidad en el mismo



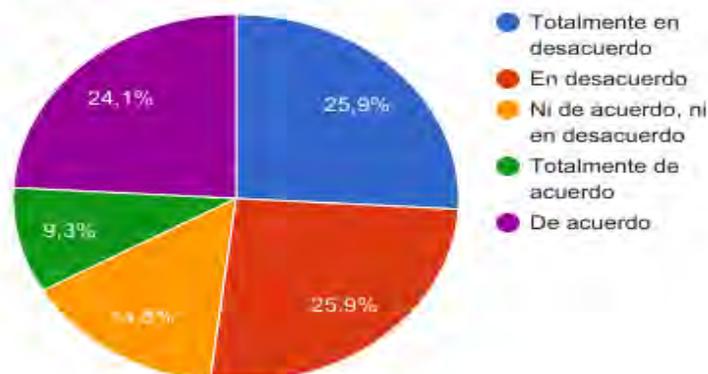
Como se puede ver un 60% de los profesionales consideran que los directivos prefieren que se realice el trabajo hasta su conclusión en lugar de que se realice un trabajo con calidad, en contraparte solo el 31% prefiere que se realice con calidad el trabajo. Este punto es importante debido que para evitar errores se necesita calidad.

Recuento de 3. Los directivos están cerca cuando se les necesita



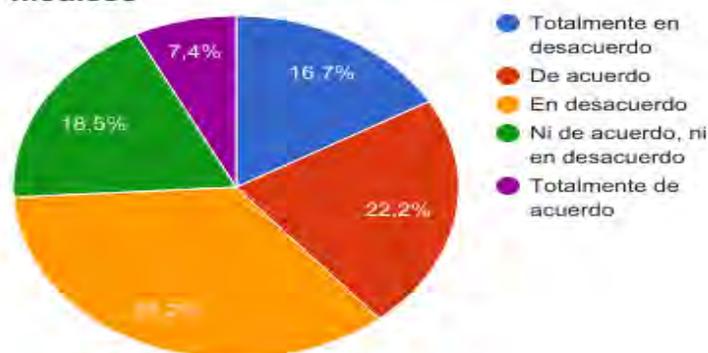
La respuesta a esta pregunta es algo subjetiva debido a que da una impresión de que las personas que han estado en un problema han sido apoyadas en un 40%, y personas que han estado en situaciones y no se ven apoyadas son otro 40%.

Recuento de 4. El personal es reconocido cuando el trabajo se realiza adecuadamente



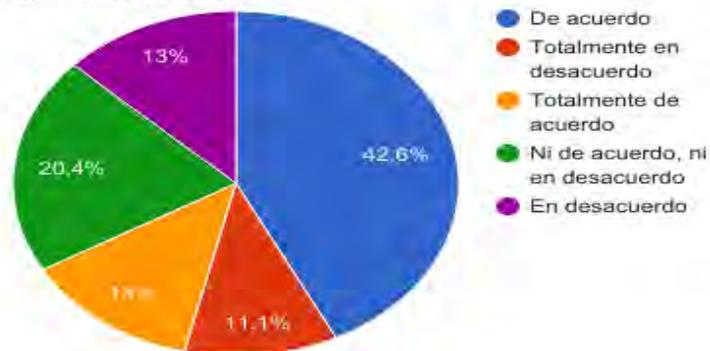
51% opina que no se reconoce la labor versus 33% que, si cree en el reconocimiento y contra un 14% que se abstiene, esta respuesta parece transmitir un poco de desigualdad por parte de los directivos, posteriormente se analizara de manera global.

Recuento de 5. Los directivos consideran las sugerencias del personal para evitar errores médicos



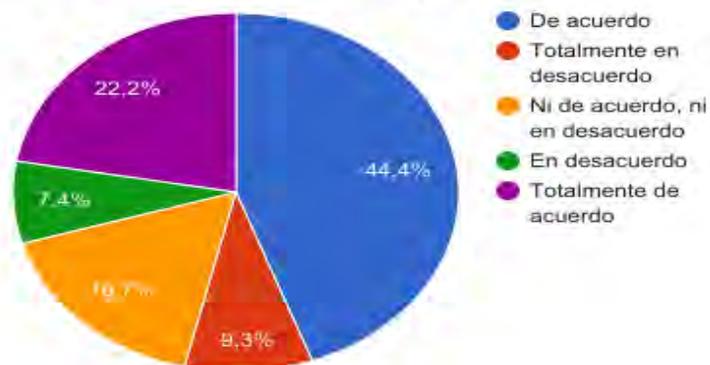
El 52% opina que los directivos no toman en cuenta las sugerencias, es un porcentaje importante y más si se compara con el 30% que apoyan la moción, considerando el 18 % que no se inclina para ningún lado, esto puede resultar un poco irónico al pensar que el error lo comete el personal y no el directivo y pensar que posiblemente si hubiese considerado una opinión el error su pudo haber evitado, puede ser.

Recuento de 6. Los errores médicos se deben a la falta de supervisión sobre la persona que cometió el error



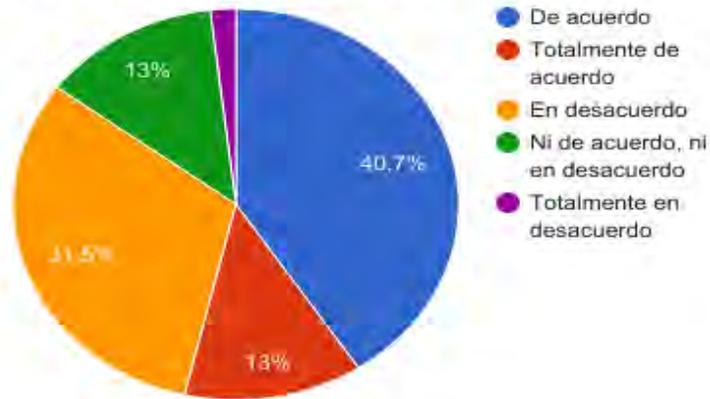
Categoricamente el 56% opina que la supervisión es importante mientras que el 24% no lo cree, al ser más del doble se debe de analizar si la supervisión se necesita para mejorar el rendimiento o para presionar que el trabajo se realice.

Recuento de 7. En general, cuando supervisan mis actividades aprendo algo más.



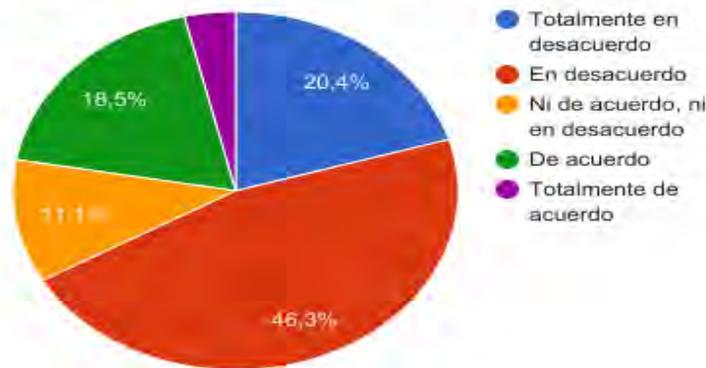
De acuerdo a los resultados de esta cuestión, se puede ver que de manera general los profesionales de la Salud creen que se puede aprender más si son supervisados, esto fue respondido en un 67%, en cambio solo el 17% opina lo contrario.

Recuento de 8. Las personas que supervisan conocen poco del trabajo que realizamos



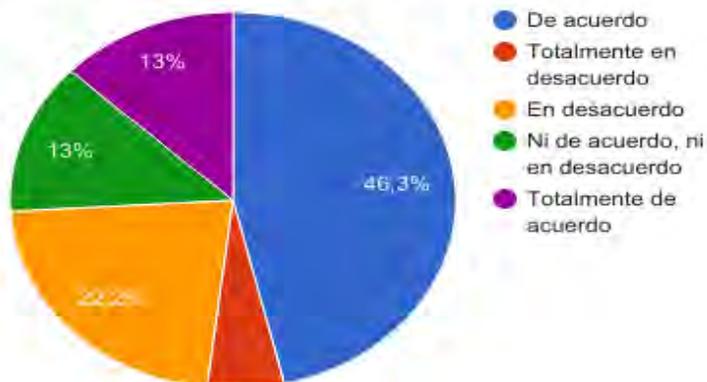
Respecto al cuestionamiento sobre si las personas que supervisan conocen mucho o poco del trabajo, el 53% comento que no se conoce del tema, mientras que el 34 % opina lo contrario.

Recuento de 9. Los directivos supervisan constantemente mis actividades



Referente al hecho de considerar si un directivo supervisa constantemente, los profesionales de la salud consideran que no en un 50% ese dato es preocupante debido a que no se podría llevar un buen control en el personal en una Institución de Salud.

Recuento de 10. Es difícil complacer a los directivos con el trabajo realizado



Los directivos buscan resultados positivos, utilidades, pocos problemas, entre otros, complacer a ellos es complicado de acuerdo a los resultados en una escala del 60%.

COMUNICACIÓN

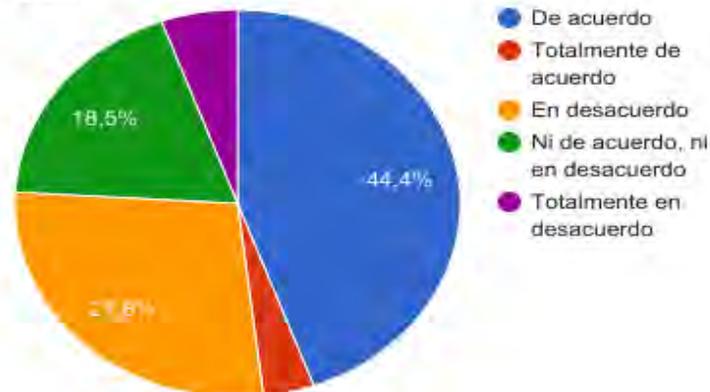
La importancia de la comunicación dentro de las Instituciones de Salud, es fundamental debido a que todo el personal dentro de la institución debe de coordinarse para realizar el trabajo de forma efectiva, buscando el bienestar de los pacientes y optimizando los recursos dentro de la institución.

Recuento de 1. Los directivos informan sobre los cambios en los procesos o procedimientos médicos establecidos



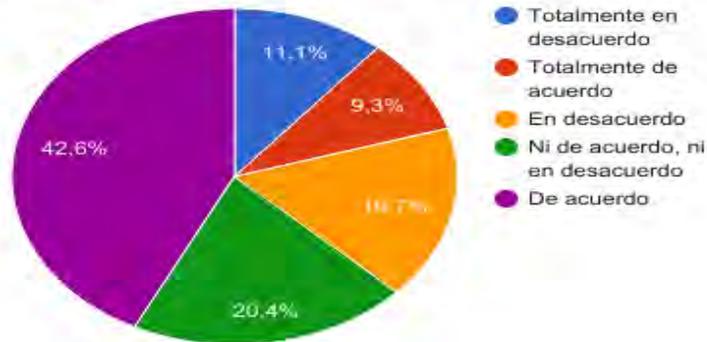
De acuerdo a los resultados reflejados en esta grafica se puede observar que un 60% de los profesionales opinan que los directivos no informan sobre los cambios, esto sin duda puede generar conflictos y provocar errores en las instituciones.

Recuento de 2. El personal tiene miedo de realizar preguntas cuando algo no parece estar bien



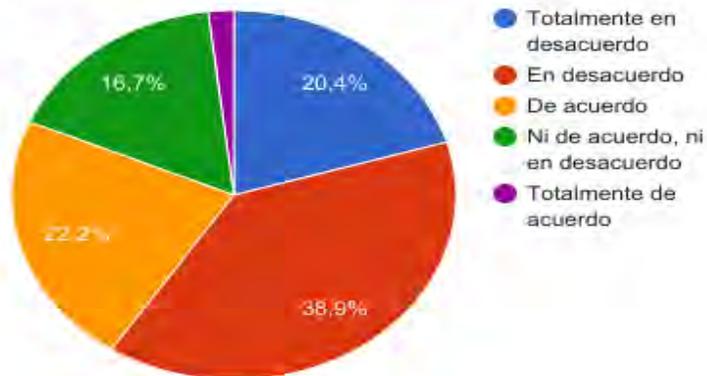
El personal en un porcentaje del 50% opina que el miedo es un factor para cuestionar cuando las cosas parecen no estar bien, esto puede provocar errores si no se anticipa un profesional al posible error.

Recuento de 3. En mi unidad se habla sobre la forma de prevenir errores



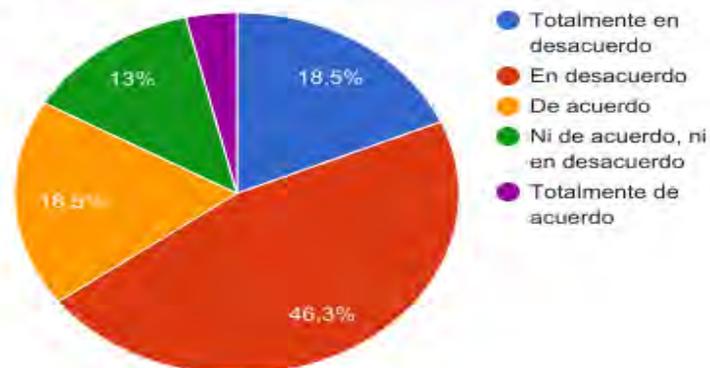
El 50% opina que la forma de prevenir errores es mencionada en su unidad de salud, en contraparte solo el 27% opina lo contrario, este dato es algo delicado debido a que se supondría que la prevención es una estrategia de prevención usada actualmente.

Recuento de 4. Las unidades en mi hospital se coordinan entre ellas



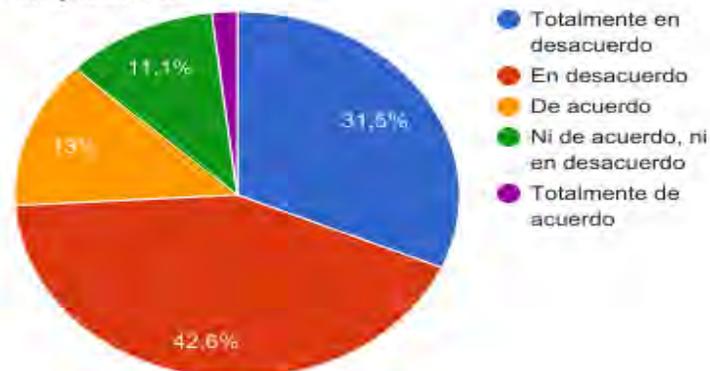
La ponderación para la falta de coordinación es grande, por lo cual se puede adelantar que cuando en un sistema no existe coordinación el sistema es susceptible a fallar.

Recuento de 5. Existe comunicación entre todo el personal



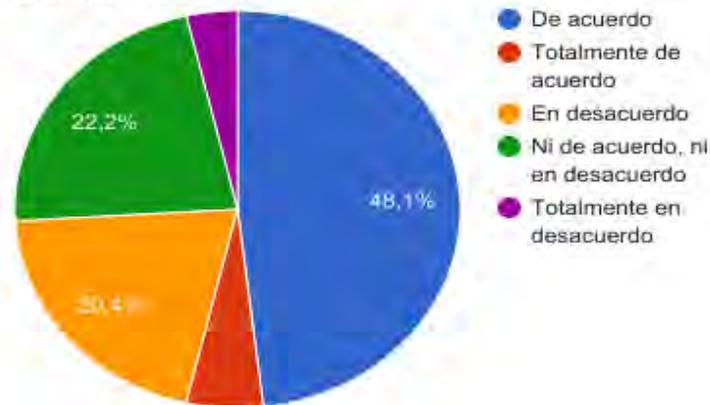
De manera categórica casi el 70% del personal opina que no existe comunicación entre todo el mismo, esto evidentemente es una debilidad interna.

Recuento de 6. Los errores médicos y sus causas se discuten abiertamente con los empleados



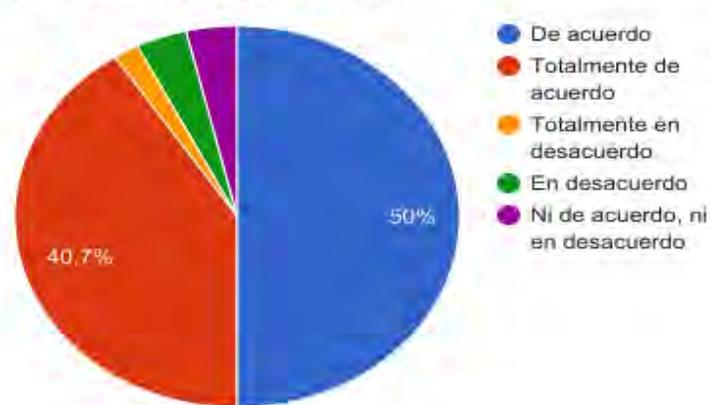
Más del 70% opina que no existe abiertamente una comunicación en donde se hable del error, esto cuida la ética, pero no evita que el error vuelva a suceder.

Recuento de 7. Los errores médicos se deben a la falta de comunicación de la persona que cometió el error



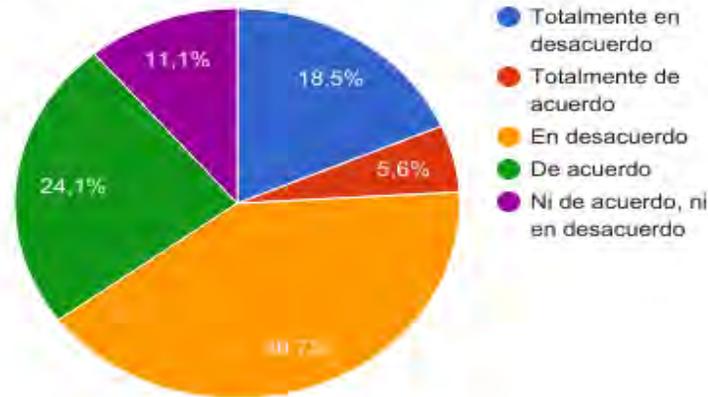
Existen ocasiones que la persona por miedo de manchar el prestigio o lidiar con un problema legal no comunica, esto puede propiciar que el error le ocurra a alguien más.

Recuento de 8. Todos los errores en medicina deberían ser reportados



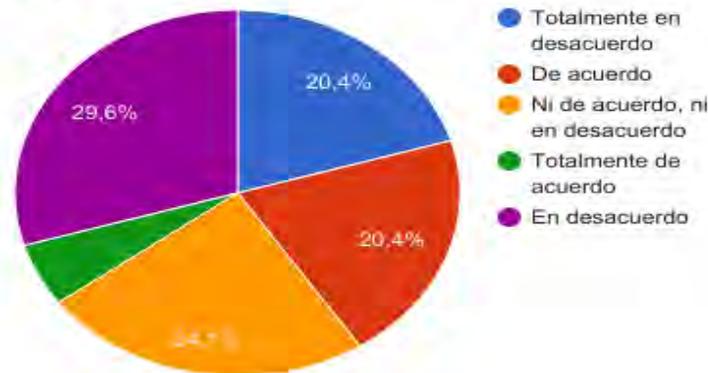
Más del 90% de los profesionales opinan que se debe de reportar el error, queda claro, ahora se debe de estudiar la forma, para que de verdad se reporten estos hechos.

Recuento de 9. Los directivos comparte sus ideas y planes



El 60% opina que no se comparten las ideas de los directivos mientras que el 30% opina que sí, de cualquier manera, se debe de tomar en cuenta que tipo de planes son estos, si son estratégicos de debe entender que no se compartan, de no ser así, existe una falta de cultura, que afecta.

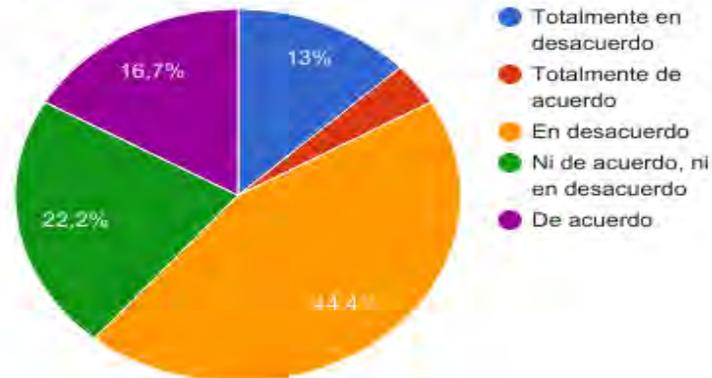
Recuento de 10. Los directivos nos escuchan y nos hablan con claridad



Los directivos no escuchan ni hablan con claridad, esto dice el 50% de los encuestados, esta falta de claridad puede afectar en un sistema y provocar errores.

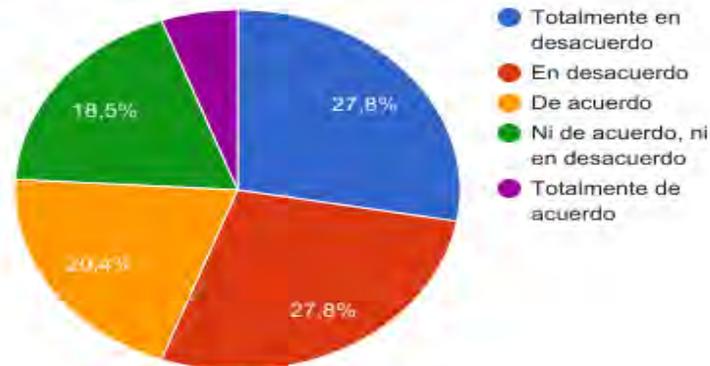
3 apartado

Recuento de 1. El personal se siente apoyado por sus directivos



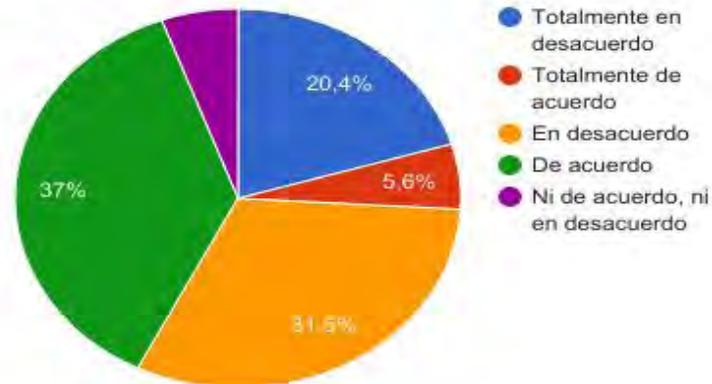
La falta de apoyo de los directivos o por lo menos esa percepción es un factor importante para el mejor desempeño de los profesionales y la confianza que puedan tenerle a los directivos.

Recuento de 2. La institución, incentiva los buenos resultados



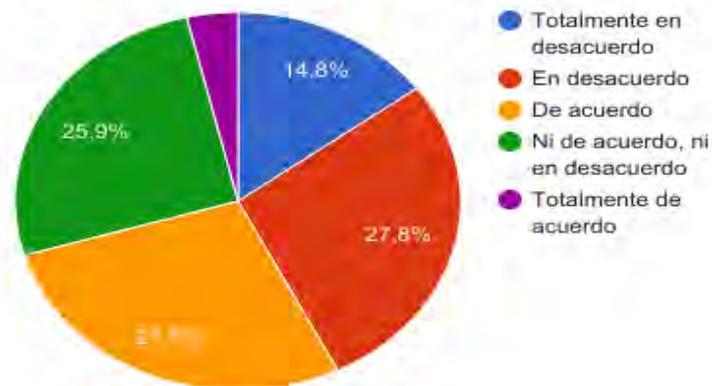
No es una sorpresa la respuesta, pero sí es importante tomar en cuenta que casi el 60% no recibe incentivos, haciendo una transgresión al sentido positivo, eso ayudaría al mejor desempeño de los profesionales de la salud.

Recuento de 3. Existen ascensos en mi área de trabajo



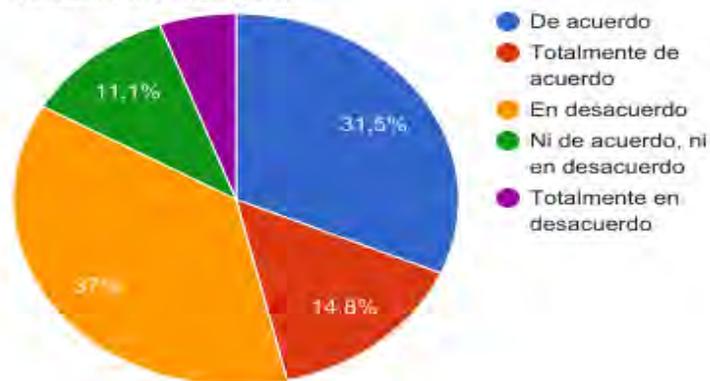
El 52% ha recibido o conoce de ascensos en su Institución, esto siempre es positivo y motivante y ayuda a que los empleados busquen realizar mejor sus actividades, por el contrario, el 43% sabe de ascensos, este factor puede ser uno muy importante para realizar mejor las actividades.

Recuento de 4. Los directivos son solidarios con el personal cuando existen errores médicos



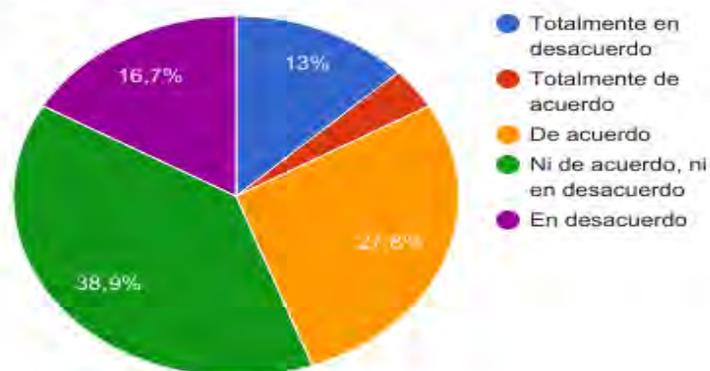
Respuestas subjetivas donde seguramente las personas se identifican si han estado en un problema o cerca de uno, recibiendo o no un apoyo de los líderes.

Recuento de 5. Tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita mi desarrollo humano



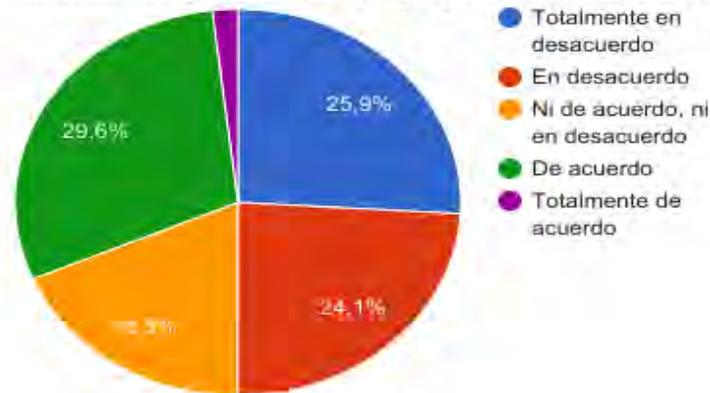
En un porcentaje mayor los profesionistas de la salud tienen oportunidad de recibir apoyo para su capacitación.

Recuento de 6. El personal es tratado de manera injusta



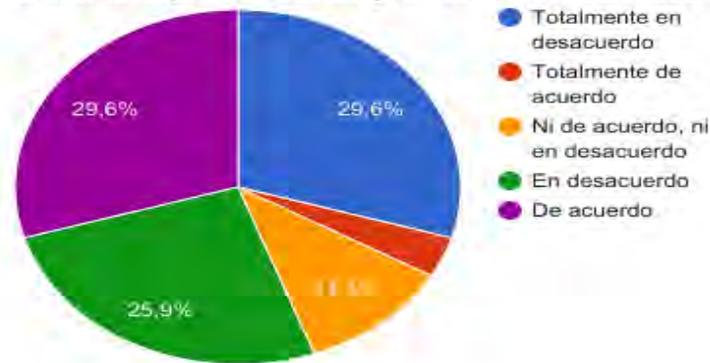
Las injusticias siempre aparecen dentro de cualquier organización, sin embargo; el poder decir abiertamente que suceden es complicado, esta pregunta tiene un tono neutral en su porcentaje mayor.

Recuento de 7. Los directivos siempre consideran si una persona tiene los recursos necesarios y un buen apoyo para realizar su tr...



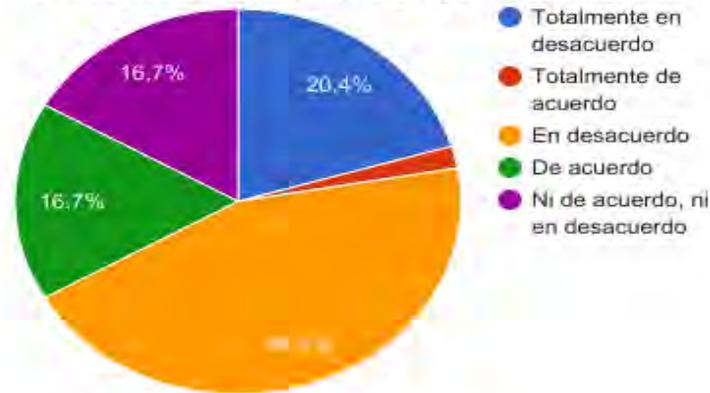
El personal no cuenta con los recursos necesarios para realizar su trabajo, esto complica demasiado el cumplir satisfactoriamente con sus actividades.

Recuento de 8. Siempre que se evalúa un problema de rendimiento de las personas se considera primero si es por falta de motivació...



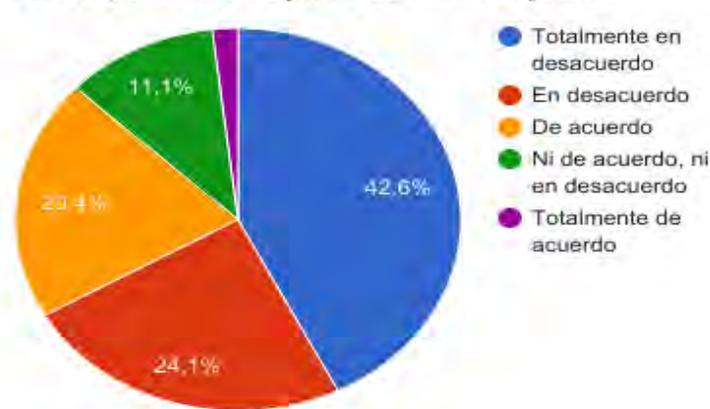
Al evaluar a una persona y más a un profesional de salud es complicado pensar en que no esté lo suficientemente motivado, la carga en la habilidad es más importante entendiendo que el trato es con personas, por lo cual pesa más.

Recuento de 9. Los directivos ayudan a las personas a establecer objetivos que presenten un reto, sean específicos y fijen un tiempo det...



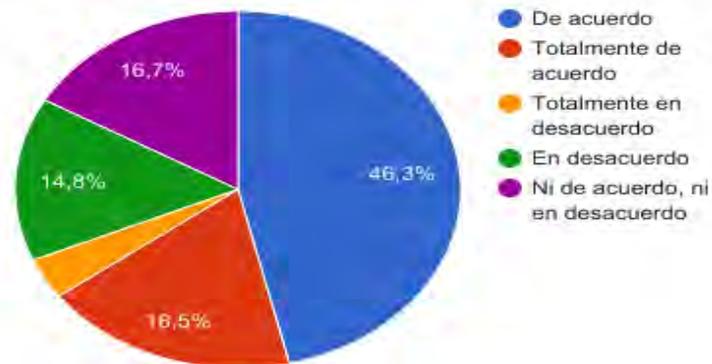
La falta de planeación con el personal puede afectar en la visión de los profesionales dentro de la organización, si sucediera lo contrario posiblemente el personal aprendería a ser más estratégico en sus objetivos y los alcanzaría más fácilmente.

Recuento de 10. El sistema de estímulos y recompensas se aplica de manera justa



Dentro de las Instituciones de Salud se debería manejar un sistema de acuerdo al puesto, sueldo y actividades, si no es así y solo se premia a algunas las inconformidades vendrán y la disminución en el rendimiento podría verse reflejado.

Recuento de 1. El personal oculta sus errores médicos



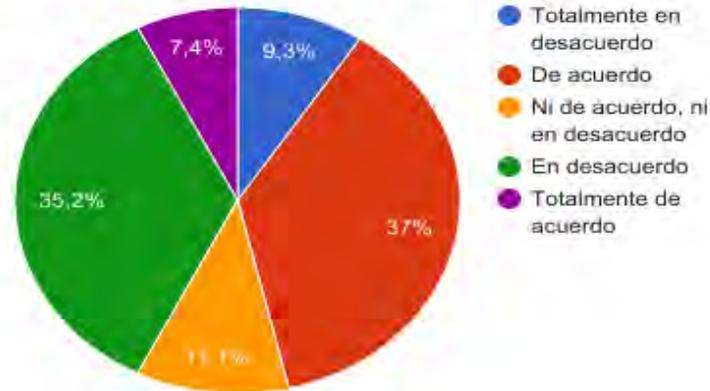
Más del 65% de las personas creen que los profesionales de la salud ocultan los errores al cometerlos, esto es evidente que potencializa que más errores se cometan al no haber retroalimentación.

Recuento de 2. En una decisión crítica, el personal médico debe consultar a los directivos antes



Es categórica la respuesta que se aprecia y es que no existe mejor solución momentánea que intentar apoyarse en los directivos que sabrán cómo actuar dependiendo se la situación.

Recuento de 3. Cuando existe error médico, el personal comunica a los directivos



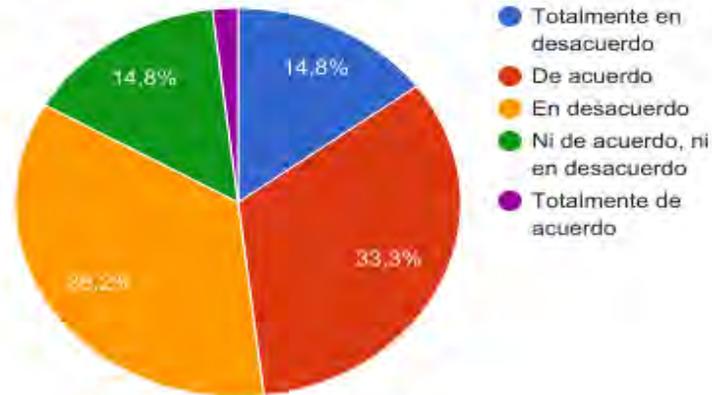
Es una respuesta dividida debido a que a veces no es la solución comunicar de primera mano a los directivos, ya que también puede ser recomendable analizar si conviene intentar medir el impacto de un error.

Recuento de 4. No se reportan las formas de prevención de los errores



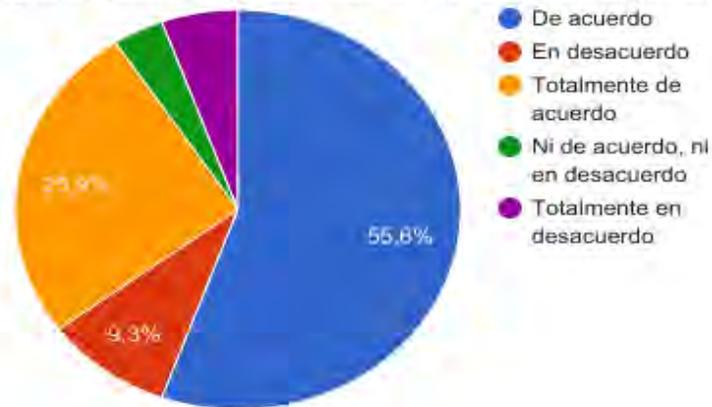
Las formas de prevención deberían ser comunicadas constantemente para que todo el personal este en sintonía y eviten diariamente cometer errores.

Recuento de 5. Los directivos prefieren tomar las decisiones a través de consenso



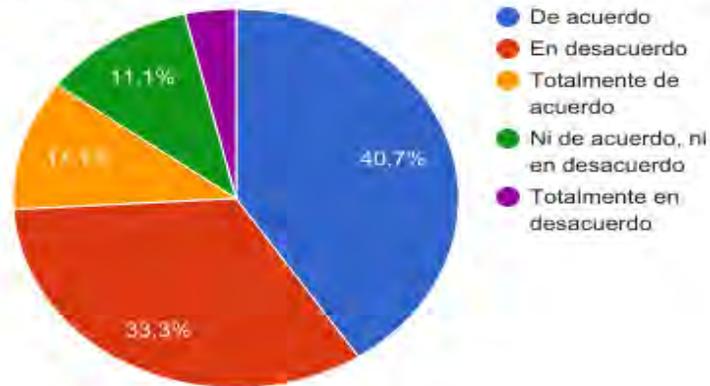
Casi el 50% de los profesionales consideran que los directivos toman las decisiones a través de consenso, esto es siempre bueno para escuchar y tomar decisiones democráticas.

Recuento de 6. Antes de tomar una decisión tengo en mente consecuencias a corto y largo plazo cuando evalúo varias soluciones alterna...



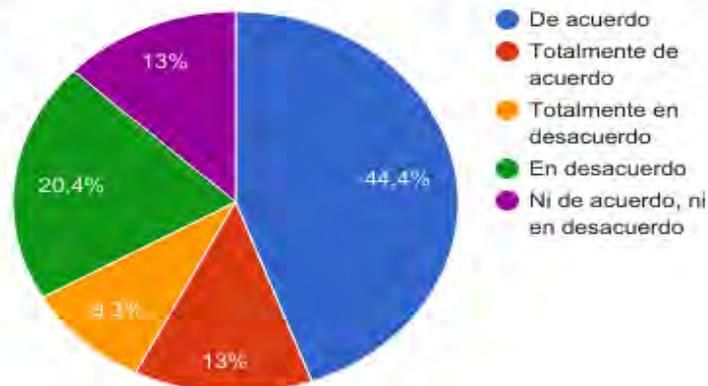
Al tomar una decisión es fundamental tener varias opciones, recordemos que en medicina las situaciones suelen ser cambiantes y hay que tener opciones para decidir.

Recuento de 7. Recurso a asesores externos para que me auxilien en la toma de decisiones



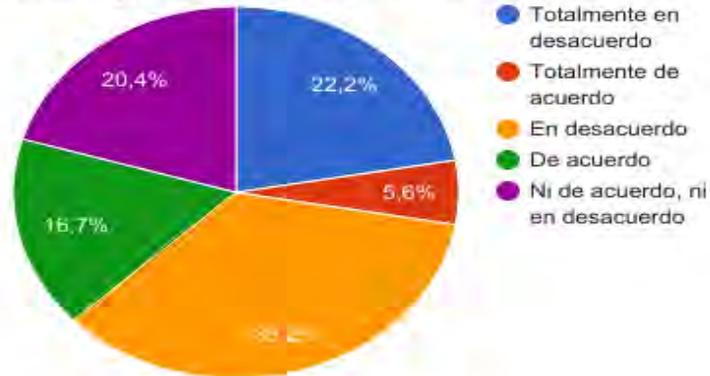
Esta opción es aplicable en su máxima expresión para personal que suele tomar decisiones críticas en una institución. Suele ser una herramienta que sirve.

Recuento de 8. La manera de trabajar en cada área, lo deciden los directivos



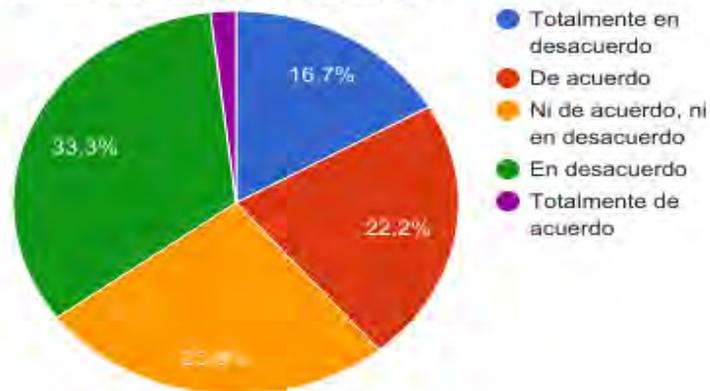
Aunque los directivos son los responsables siempre se puede considerar la perspectiva dentro de cada área buscando que el personal de cada área pueda participar en el cómo y así buscar sean más eficientes al realizar sus actividades y conseguir resultados.

Recuento de 9. Si se presenta un error medico como consecuencia de una decisión errónea, se destituye a la persona inmediatamente



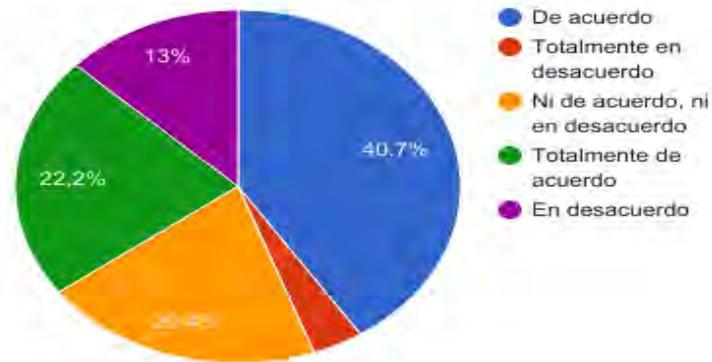
No necesariamente de acuerdo a las respuestas presentadas, se sustituye a la persona inmediatamente, recordemos que los tipos de errores son muchos y la responsabilidad del profesional de salud no siempre es la determinante definitiva.

Recuento de 10. Cuando se presenta un error médico, los directivos prefieren dar aviso inmediato a las autoridades



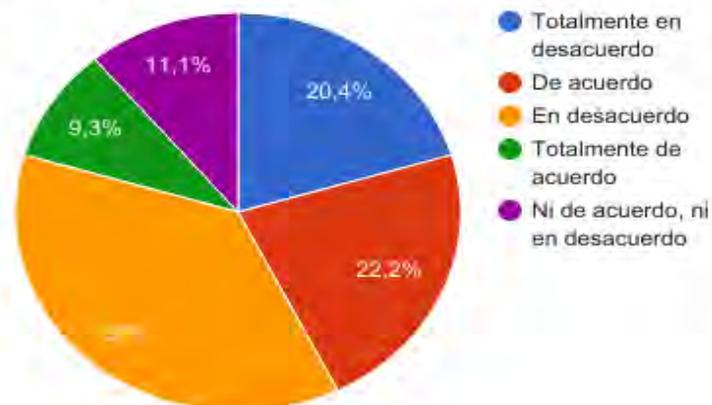
Los directivos no necesariamente notifican al instante a las autoridades, a veces prefieren conciliar antes en lugar de recurrir a las instancias legales.

Recuento de 1. El trato al personal es con respeto



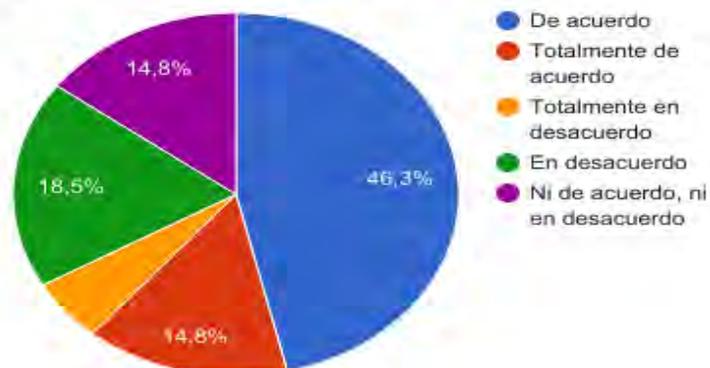
El lograr que exista un clima laboral sano y que el personal este conforme con el trato que recibe ayudara a transmitir este tipo de ideales al momento de dar un servicio a los pacientes.

Recuento de 2. El personal conoce el protocolo a seguir cuando hay errores médicos



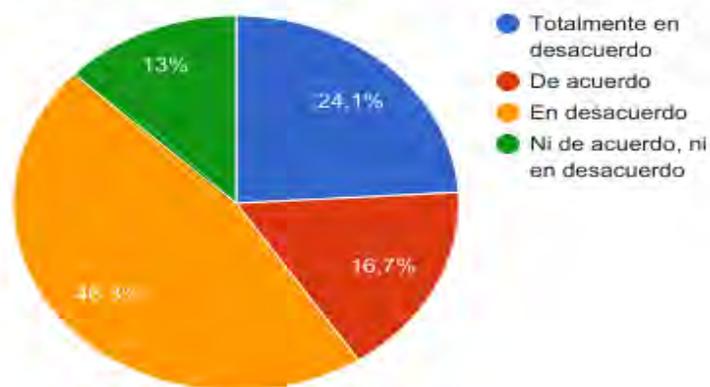
Es un poco más el porcentaje del personal el cual no conoce los protocolos en caso de errores, afortunadamente se puede a través de una capacitación preparar al personal para que puedan actuar homogéneamente a la hora de que existe un error.

Recuento de 3. Los errores que se cometen generan conflicto entre todo el personal



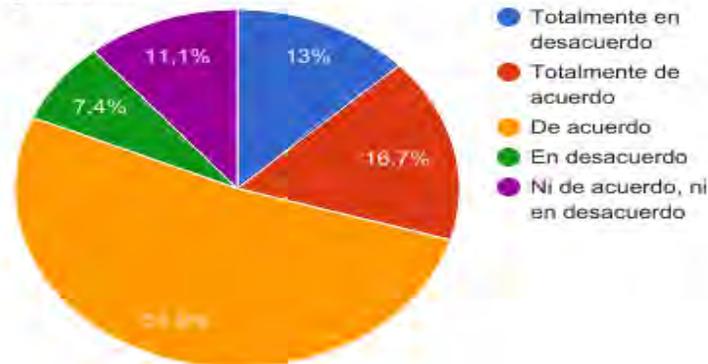
En su mayoría los errores van a poner en jaque a una organización y podrán generar problemas entre el personal de la Institución de Salud.

Recuento de 4. Se informa a todo el personal sobre errores médicos cometidos en el área



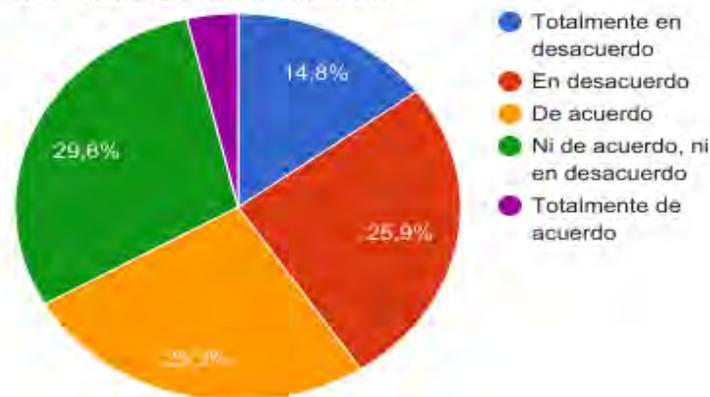
El informar al personal de una misma área sobre los problemas ocurridos, deben de ayudar a evitar más errores dentro del área; sin embargo y aunque sea dentro de un área común no siempre se comunican los errores, puede ser porque crean que se evidencia a la persona o al área.

Recuento de 5. Cuando se descubre un posible error médico a tiempo, se corrige sin afectar al paciente



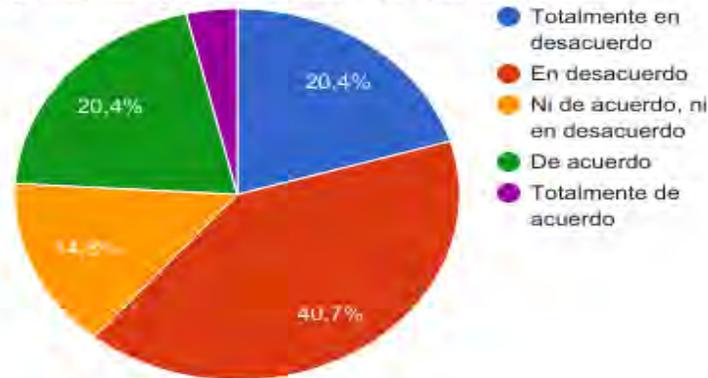
Este tipo de errores se presentan constantemente, parte de la previsión de errores corregir a tiempo los errores que se hayan podido cometer.

Recuento de 6. Los directivos muestran comprensión al personal en caso de que cometan un error médico



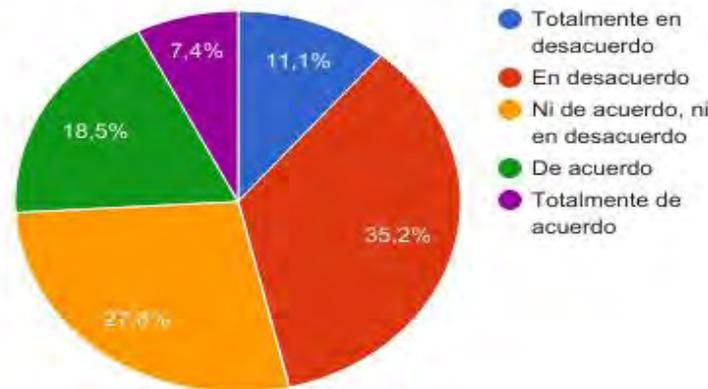
A pesar de haber mencionado anteriormente el apoyo de los directivos, estos mismos en un gran porcentaje no ven las circunstancias más bien se enfocan en el acto o hecho del error.

Recuento de 7. Los directivos comparten abiertamente información entre todo el personal, para resolver los desacuerdos



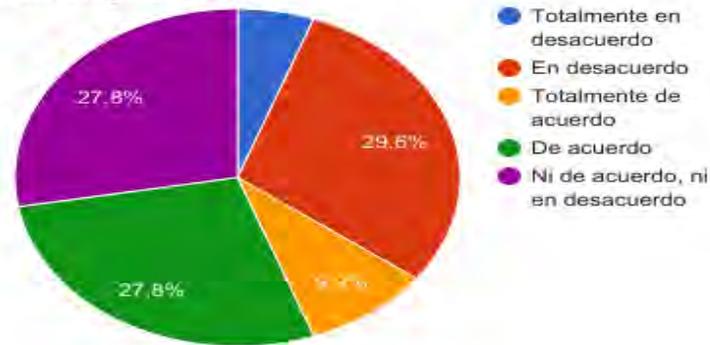
Regularmente es complicado lograr que grandes grupos de personas estén de acuerdo en una misma idea, en este caso gran parte dice que no se comparte abiertamente la información, teniendo como consecuencia, los grupos divididos, la desinformación o bien los errores constantes.

Recuento de 8. Los directivos tratan de lograr la armonía



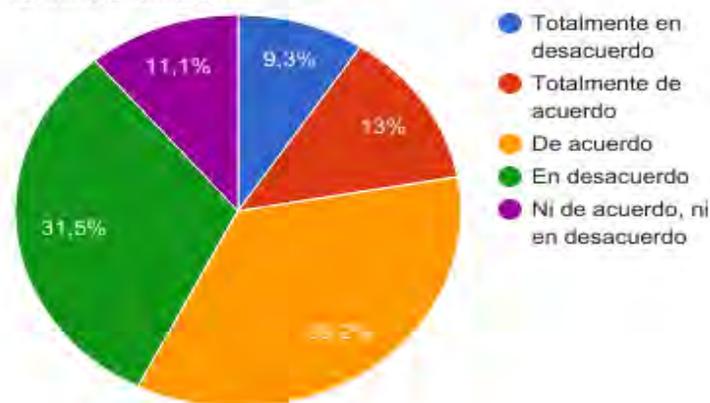
Solo una cuarta parte de las personas que contestaron creen que se busca lograr una armonía, esto evidentemente puede si no se busca algo positivo provocar hostilidades en la institución.

Recuento de 9. En esta institución se discuten los problemas fuertemente, pero siempre con orden y respeto



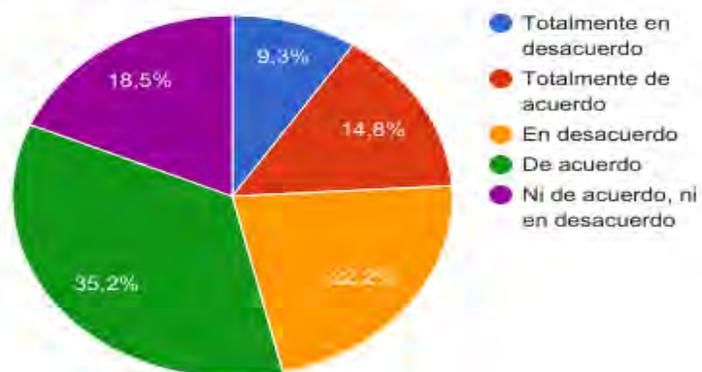
Las respuestas son divididas, ya que el 35% cree que no hay orden y respeto y el 37% piensa que, si lo hay, evidentemente para que haya una armonía organizacional de debe procurar tener un ambiente idóneo en el que se hable con firmeza, pero sin perder el respeto entre directivo y personal.

Recuento de 10. Mi jefe ayuda a encontrar solución ante cualquier problema que confrontemos



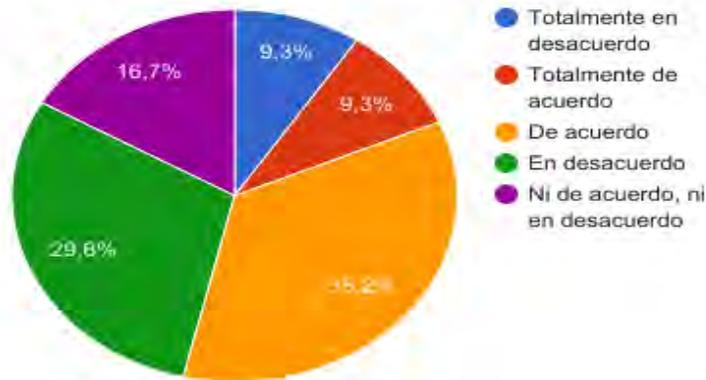
48% Cree que el jefe ayuda a solucionar los problemas, mientras que el 41% no lo cree, por lo tanto, se debe buscar que exista participación de los jefes en las soluciones para evitar problemas entre el personal que mermen el rendimiento.

Recuento de 1. Los cambios de turnos son a través del procedimiento establecido



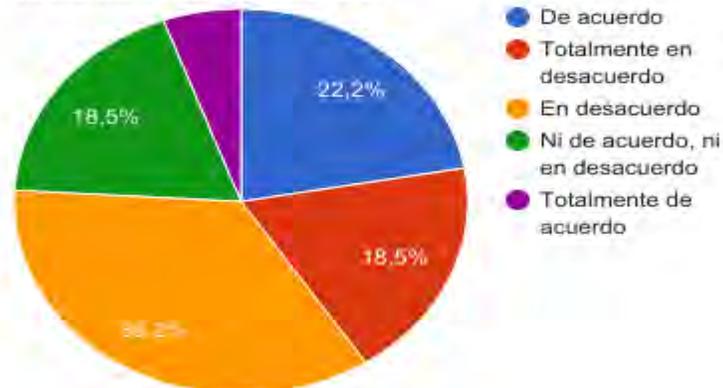
De acuerdo a las respuestas reportadas, el 50% de los profesionales realizan un trámite para realizar cambios y solo el 30% no lo hace, esto puede indicar que existen cambios de manera informal que pueden afectar un turno sin ser detectado.

Recuento de 2. El personal puede negociar con los directivos sus condiciones laborales



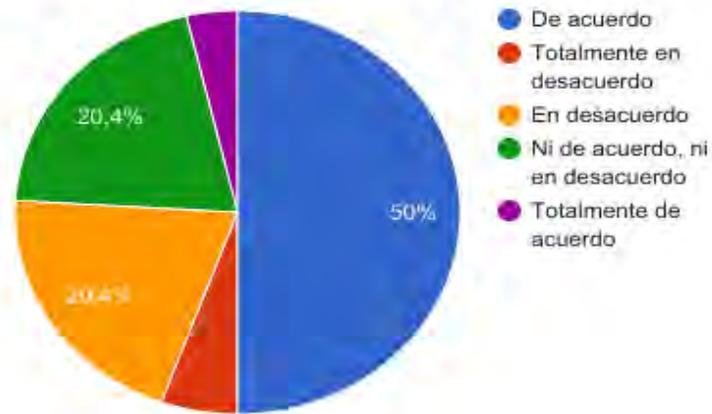
Por un porcentaje muy bajo los profesionales pueden negociar con los directivos, esta limitante puede generar ruptura, falta de lealtad y desmotivación que propicie errores en los procedimientos.

Recuento de 3. Los directivos son reconocidos por su habilidad para llegar a acuerdos satisfactorios para todos



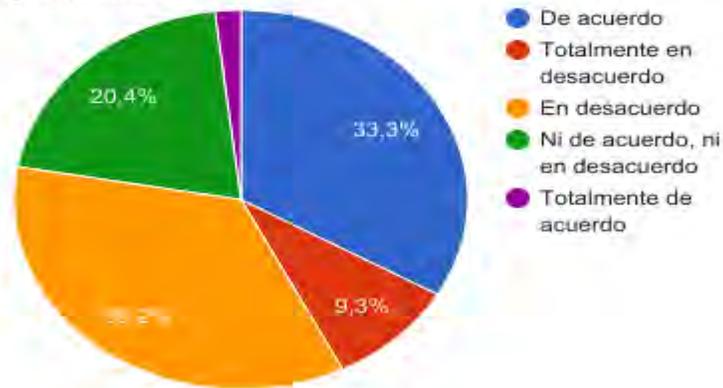
Más del 50% de los profesionales creen que los directivos no tienen habilidad para acordar con los empleados satisfactoriamente, esto genera descontento y puede propiciar errores.

Recuento de 4. Si se presenta un error médico, se prefiere negociar con las partes involucradas



Negociar parece ser una solución rápida y viable, sin embargo, no se hace así en el 100% de las Instituciones, hay que analizar las principales razones porque no suceda de manera constante.

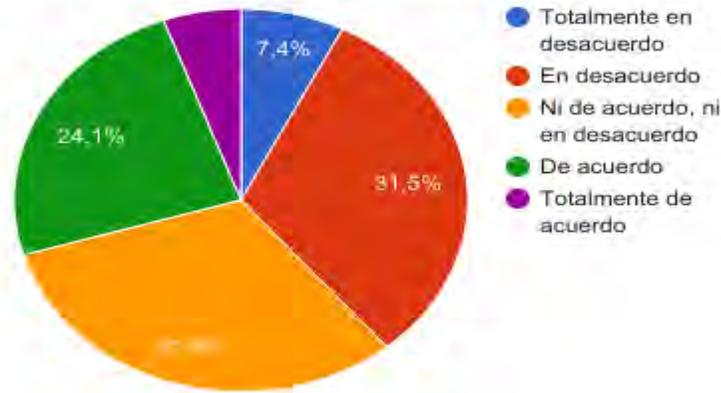
Recuento de 5. En una negociación los directivos se centran en la persona y no en el problema



El error debería de ser el motivo central, si se enfoca un directivo en la persona u otra razón puede ser que el análisis se torne subjetivo ya que pueden existir

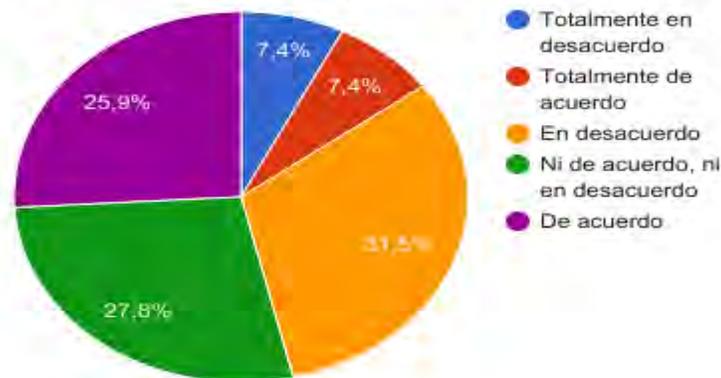
diversos factores que afecten una decisión.

Recuento de 6. El resultado de la negociación mejora las relaciones entre el personal



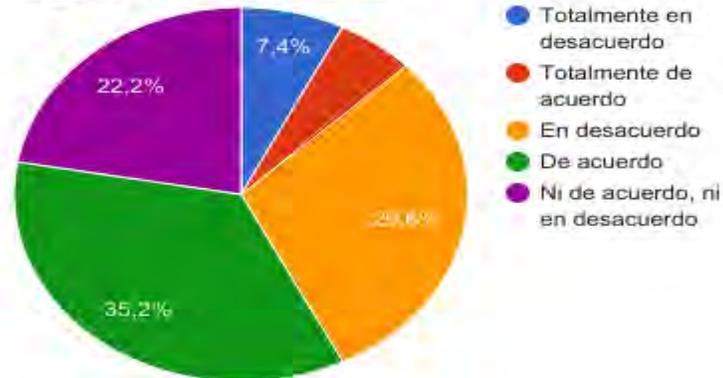
Las negociaciones no necesariamente mejoran la relación entre el personal, esta relación puede verse afectada por factores personales, culturales, sociales, etc.

Recuento de 7. Cuando no hay una negociación con los directivos surgen los errores médicos



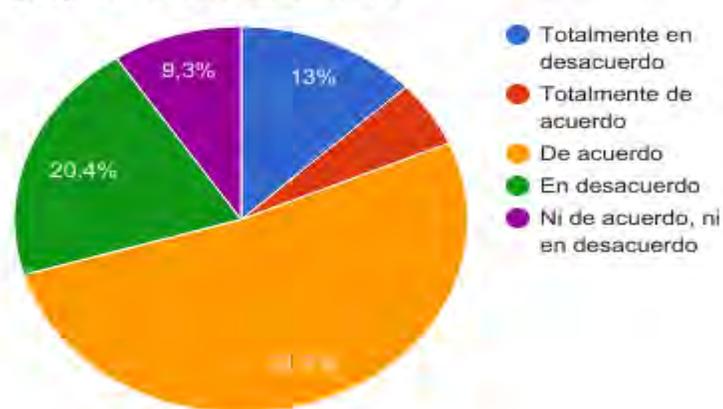
Los errores como hemos visto se deben a falta de experiencia, exceso de confianza o involuntarios, el no negociar con directivos según el 50% no es factor de error; sin embargo, un 33% opina que sí lo es y otro 32% no opina, habrá que analizar hacia qué respuesta se inclina este 32%.

Recuento de 8. Cuando se presenta un evento de error la Institución respalda al trabajador y negocia con los pacientes



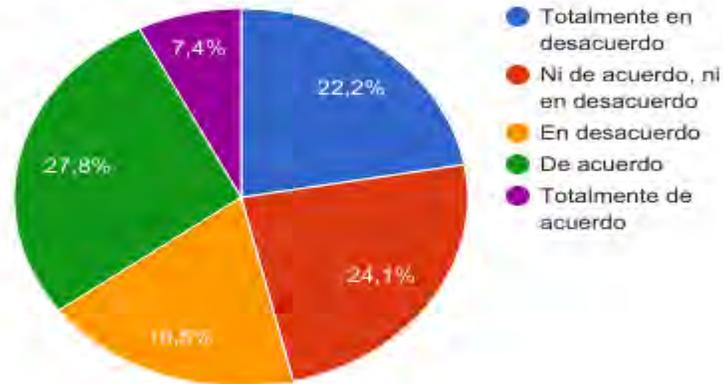
El respaldar a un trabajador debiese ser obligación de la Institución si este está actuando conforme a los lineamientos de la Institución, sin embargo, esto no siempre sucede y puede ser que esto influya en la falta de comunicación de los trabajadores para informar un evento de error.

Recuento de 9. Cada área puede negociar su propio método de trabajo



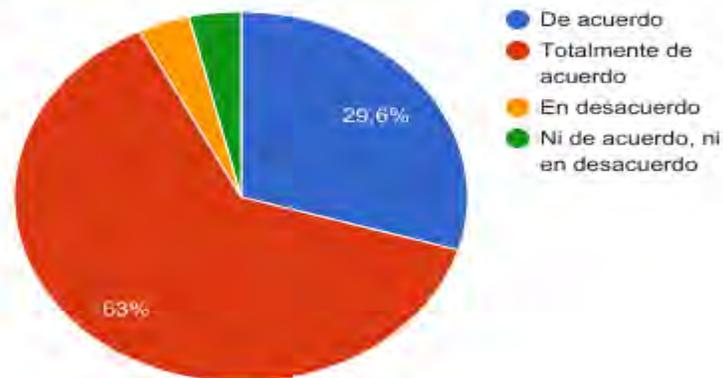
Negociar el método de trabajo por área ayudara a que se realicen mejor las cosas, sin embargo; debe de estar los procedimientos bajo las directrices de la Institución para no incurrir en fallas.

Recuento de 10. El personal cuenta con un seguro en caso de que cometa un error médico



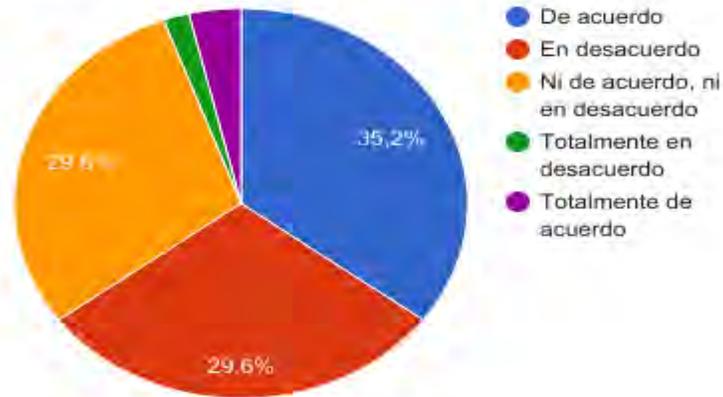
En mayor porcentaje los profesionales de la Salud no cuentan con un seguro médico, esto debería de cambiar, ya que teniendo seguro se puede reforzar la tranquilidad de los empleados al hacer su labor.

Recuento de 1. La seguridad del paciente es fundamental



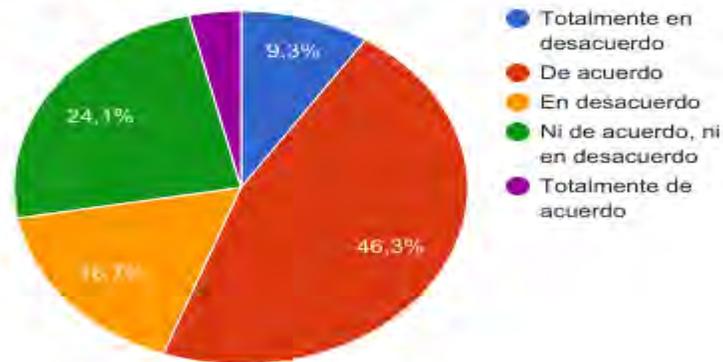
Es para sobresalir que algún profesional opina que no es fundamental la seguridad en el paciente, buscar la raíz de esta respuesta ayudará a entender porque suceden errores en una institución.

Recuento de 2. Los directivos obtienen los resultados esperados



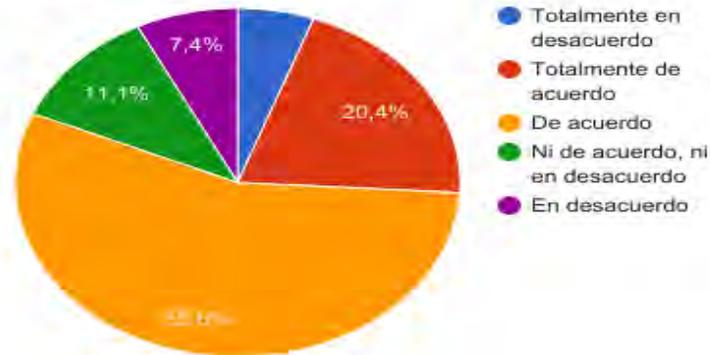
Un tercio de las respuestas son neutrales, por lo cual no apoyan la moción positiva o negativa sobre los resultados esperados, el segundo tercio cree que no se obtienen los resultados esperados y casi el 40% cree que sí, evidentemente falta porcentaje para poder decir que es un porcentaje alto de obtención de resultados.

Recuento de 3. Los errores son negociados con los pacientes, antes que con las autoridades



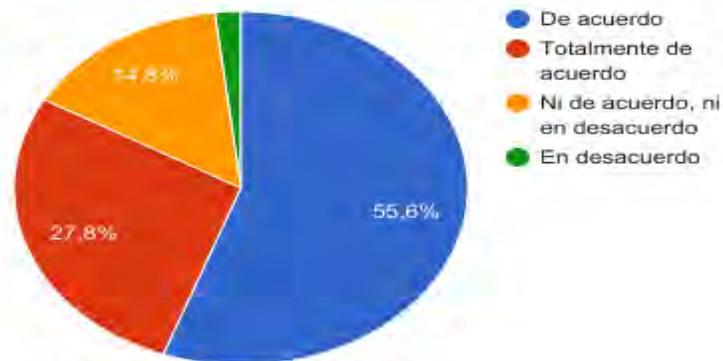
El 50% está consiente de la negociación entre paciente y directivos, pero existe un 26% que no están de acuerdo y un 24% que son terreno neutral, estos dos últimos son importantes para entender en esa Institución se tiene una normatividad de negociación con pacientes o no.

Recuento de 4. Comparto la misión, visión y valores de mi institución



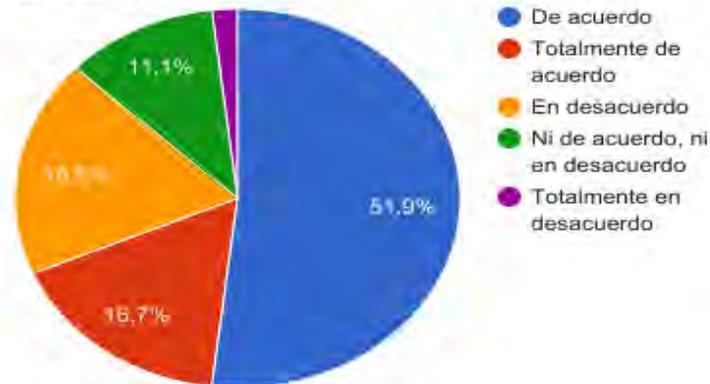
El 24% que no comparte la misión, visión y valores son focos de atención, recordemos que parte de esa cultura evita errores y ayuda a que los empleados se pongan la camiseta con la Institución.

Recuento de 5. Actúo conforme a los valores institucionales



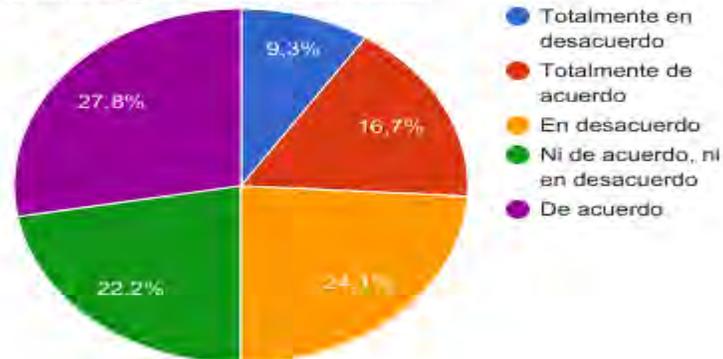
El 17% de las personas que no actúan conforme a los valores tienen posibilidades de no realizar su trabajo adecuadamente, provocando errores en el sistema de manera involuntaria y afectando al final a pacientes y otros profesionales de la institución.

Recuento de 6. Ser abierto y honesto acerca de los errores que cometo es aceptable en mí lugar de trabajo



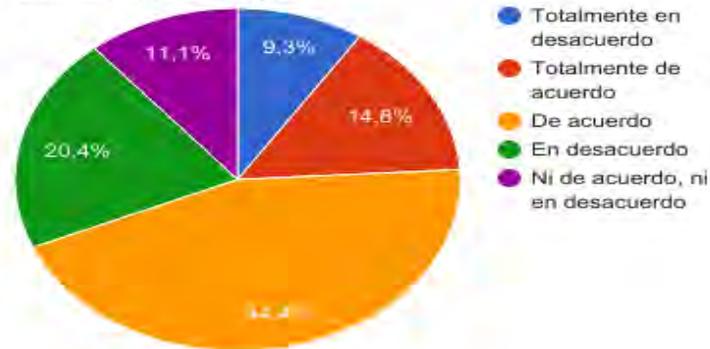
Casi el 70% puede hablar de los errores, sin embargo, un 20% no lo puede hacer y un 10% duda, este 30% en suma son posibles futuros problemas que pueden provocar errores médicos secuenciales.

Recuento de 7. Se mantiene informados a todos acerca de los nuevos procedimientos y de los planes que se emprenderán



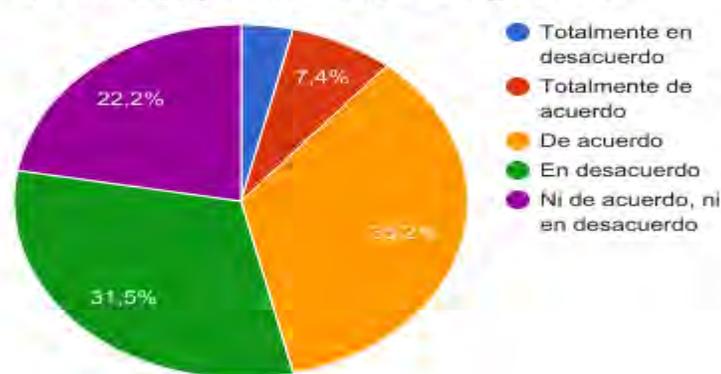
Dentro de una Institución que únicamente el 44% sabe de los nuevos procedimientos evidentemente genera lagunas en las áreas de trabajo que provocan inconsistencias en los procedimientos generando errores médicos.

Recuento de 8. Tenemos oportunidades de pensar y aportar ideas nuevas para mejorar la calidad del trabajo



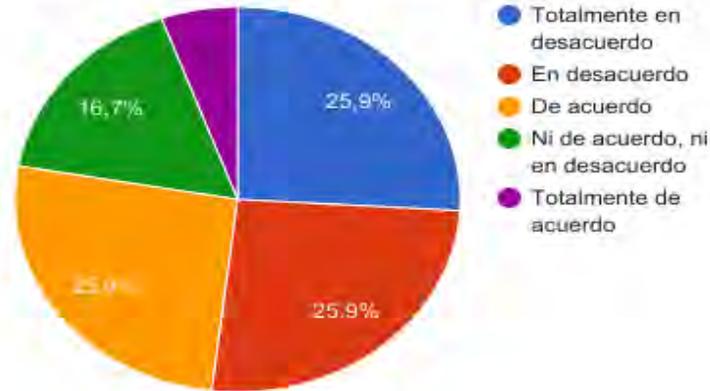
El 60% puede aportar ideas, otro 30% no puede y el 10% se abstiene, por lo tanto, se debería lograr que más personas aporten ideas para que se sientan identificadas en importantes en una Institución.

Recuento de 9. Los directivos fomentan el aprendizaje y la formación a largo plazo.



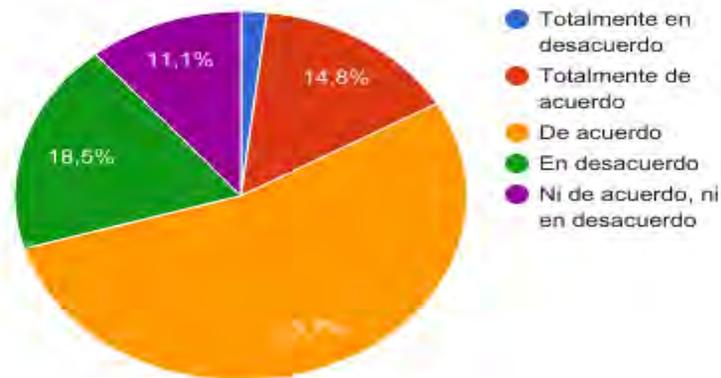
El fomentar este aprendizaje genera lealtad, motivación y especialización en una actividad, de acuerdo a la respuesta solo el 42% es fomentado, este porcentaje se debería de incrementar para lograr tener un personal mejor preparado en habilidad y actitud.

Recuento de 10. Todo el personal realiza sus actividades bajo la filosofía de cero errores



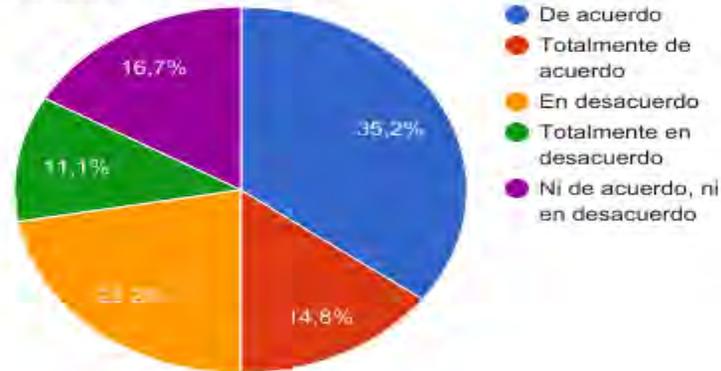
Es notable que solo un 30% tiene la filosofía de cero errores, debido a que en una Institución de Salud esta filosofía debería ser parte del día a día. Por lo cual es prioritaria compartirla y que todos trabajen para ella.

Recuento de 1. Los directivos confían en los resultados de los reportes del personal



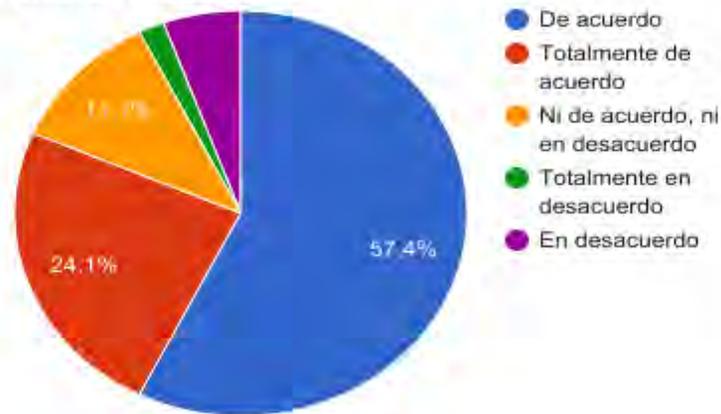
En este caso el 20% no cree que los directivos confíen en los reportes del personal, esto puede hacer perder la confianza de un empleado en si mismo por un lado, pero por otro lado el exceso de confianza puede generar una cadena de errores, considero que de acuerdo a la actividad se debe de dar confianza o no.

Recuento de 2. El personal médico adscrito delega todas sus responsabilidades a los estudiantes residentes



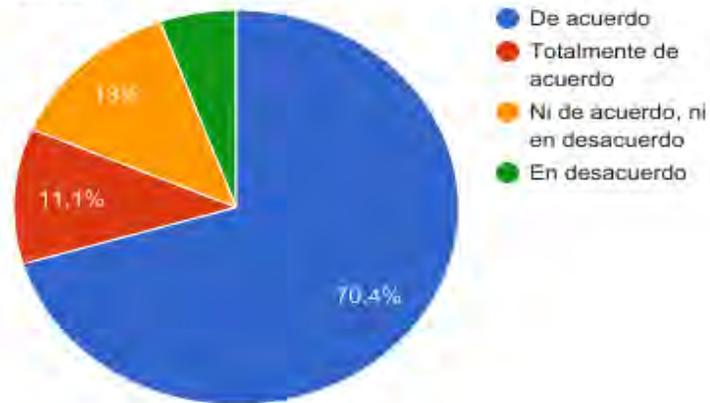
El 50% considera que sí se delega la responsabilidad mientras que solo el 33% cree lo contrario, este punto es delicado debido a que muchos problemas vienen cuando se deja realizar actividades a los profesionistas de menor experiencia.

Recuento de 3. Delegar responsabilidades a residentes aumenta el riesgo de presentarse errores médicos



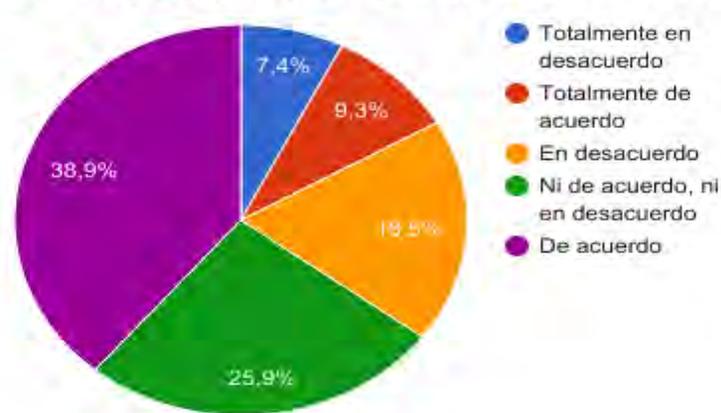
Sí más del 80% considera que el delegar a residentes aumenta el riesgo de error, esto debería estar controlado de manera estricta para evitar problemas a futuro.

Recuento de 4. En ocasiones los directivos son ligeramente autoritarios cuando asignan las tareas



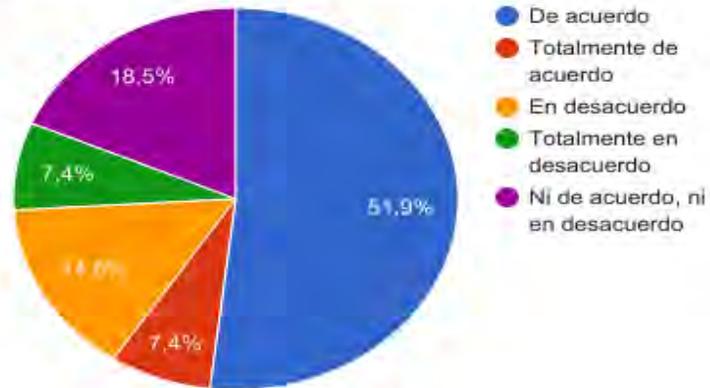
Cuando los directivos son autoritarios al dar indicaciones puede afectar ciertas fibras de las personas o se puede transmitir la información erróneamente, provocando un futuro error.

Recuento de 5. Tenemos la libertad para establecer objetivos de trabajo en nuestra área



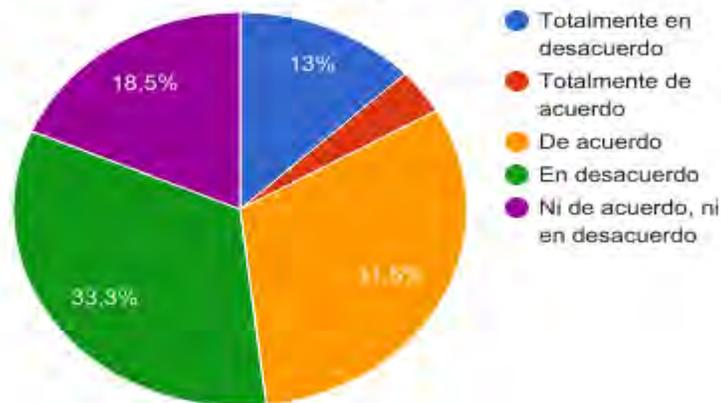
Una cuarta parte de los profesionales consideraron que no se tiene libertad en cada área para establecer objetivos, otra cuarta parte se abstiene de contestar, mientras que casi el 50% opina tenerla, esto último genera falta de coordinación en el área y posibles errores en la Institución.

Recuento de 6. Los directivos delegan la evaluación del trabajo a personal no competente



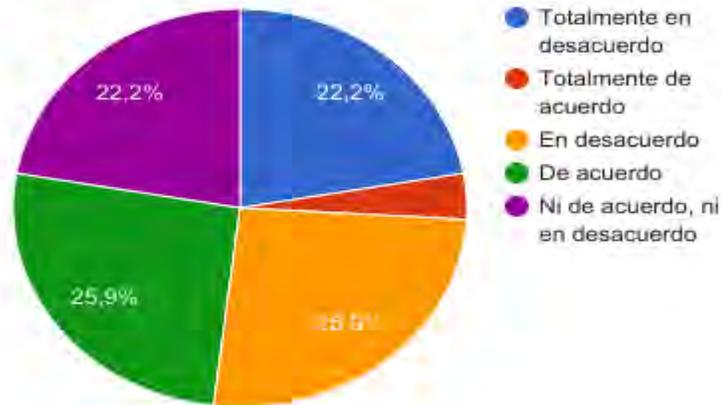
Casi el 60% no está conforme con el personal que supervisa, esto genera falta de comunicación, confianza y empatía entre el personal, ocultando errores y propiciando nuevos.

Recuento de 7. Los directivos evalúan constantemente el trabajo solicitado



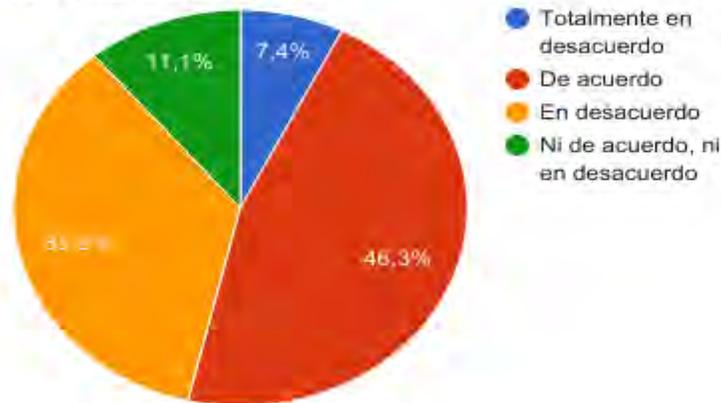
De acuerdo a lo datos analizados un 31% evalúa los trabajos y solo el 56% no lo realiza, la falta de evaluación provoca cometer errores en cadena.

Recuento de 8. Luego de realizar una tarea, los directivos me dan retroalimentación



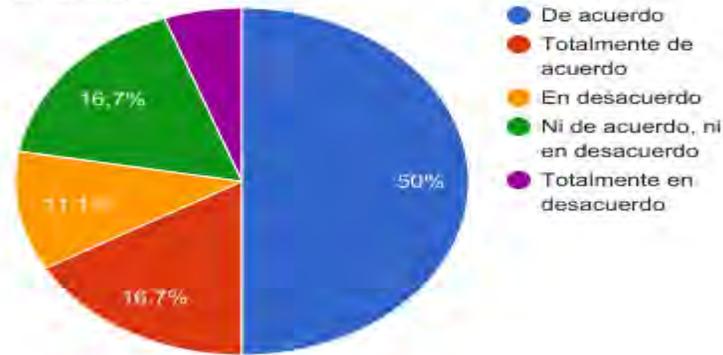
Solamente una cuarta parte recibe retroalimentación, el resto que no recibe puede no mejorar y no corregir los errores que se puede cometer.

Recuento de 9. Las acciones a realizar por el grupo en cada área de trabajo se definen con los directivos de área



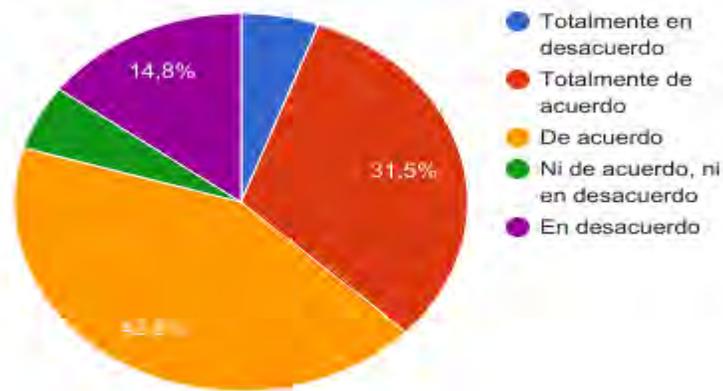
Casi el 50% definen las acciones dentro del área y solo el 43% no lo hace, estar coordinados es importante debido a que todos en la organización van por el mismo camino y evita que las cosas se hagan de manera errónea.

Recuento de 10. Los residentes realizan las funciones que corresponden a los médicos adscritos



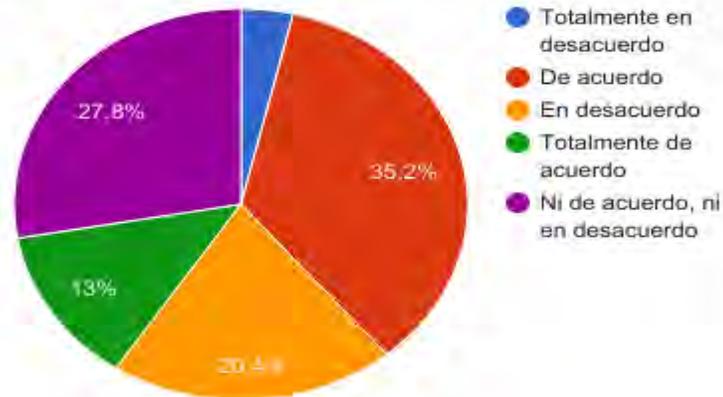
Cuando el 77% de los profesionales de la salud opinan que los residentes realizan las funciones de los médicos adscritos, se entiende de sobra porque no hay sistema de salud que no cometa errores.

Recuento de 1. Trabajamos en equipo cuando se necesita



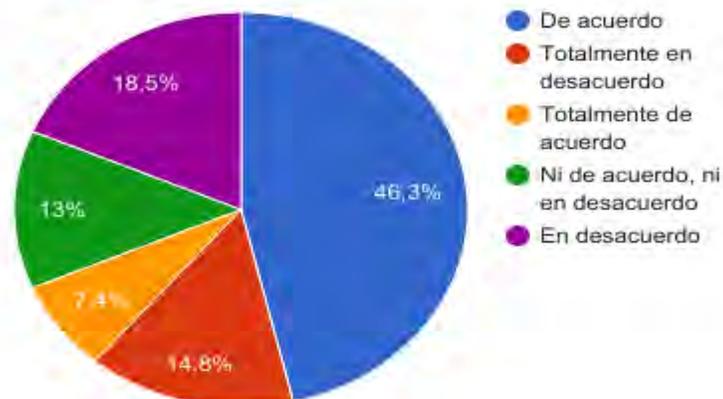
El 73% de las personas trabajan en equipo, pero casi un 20% no lo hace, por lo cual es importante entender porque no se realiza esta colaboración que puede afectar los procedimientos dentro de la Institución.

Recuento de 2. Cuando trabajan varias áreas hay buena coordinación



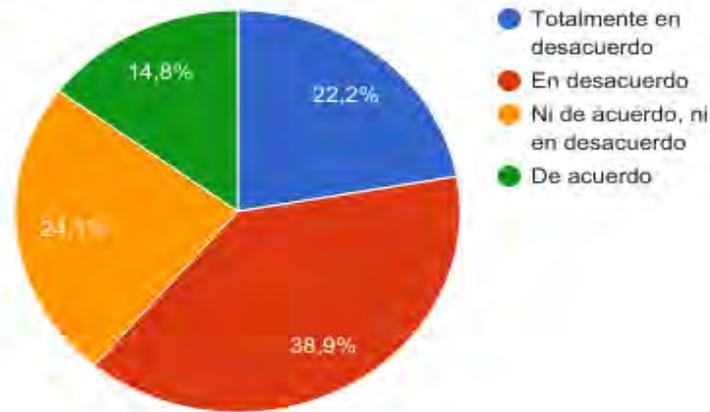
La colaboración entre áreas siempre genera buenos resultados globales dentro de una organización, el no cooperar puede generar lagunas entre el personal, provocando errores.

Recuento de 3. La información de los pacientes se pierde cuando se traslada de área



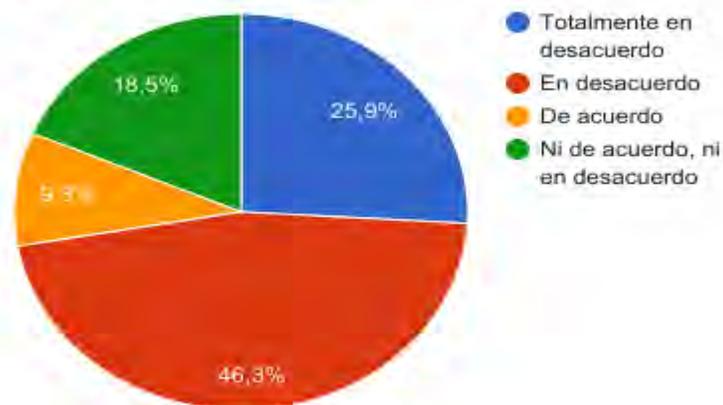
La falta de información ocasiona omisiones y errores por parte de los Profesionales de la salud, en este caso más del 50% considera que se pierde información, esto provoca errores considerables.

Recuento de 4. Cuando un área tiene carga de trabajo, existe el apoyo de los demás



No existe apoyo del personal cuando alguien comete un error, esto provoca falta de compañerismo, desconfianza y un poco de hostilidad en la organización.

Recuento de 5. Es desagradable trabajar con personal de otras áreas



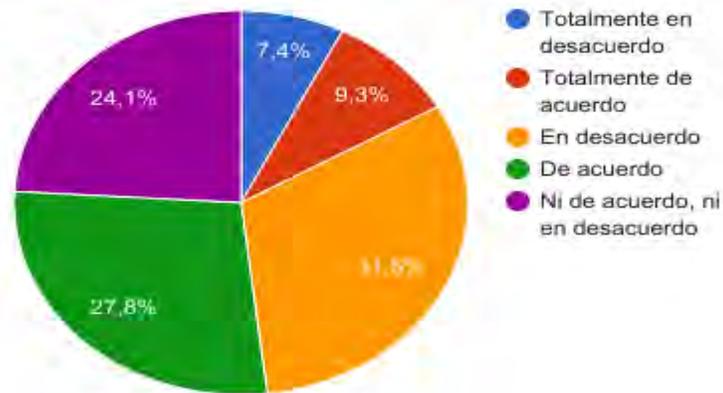
Existe la intención y disposición de trabajar con personal de otras áreas, pero no se trabaja de acuerdo a otras respuestas eficientemente, sin embargo es un área de oportunidad.

Recuento de 6. Sé cómo establecer credibilidad e influencia entre los miembros de mi equipo de trabajo para evitar errores médicos



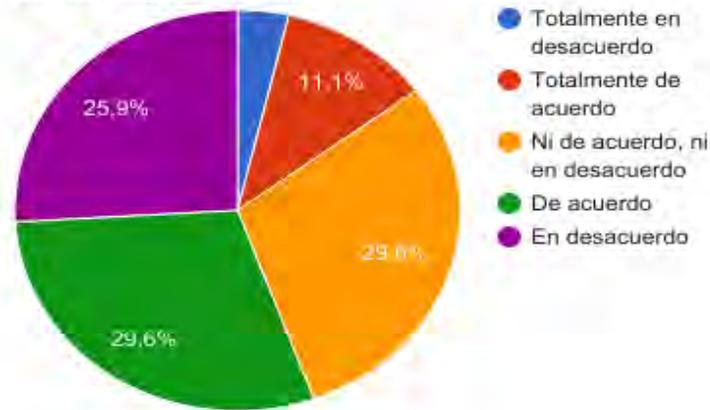
Este dato es de buen líder, es una fortaleza que debe ser transmitida a todo el personal.

Recuento de 7. Los directivos motivan a trabajar en equipos de trabajo



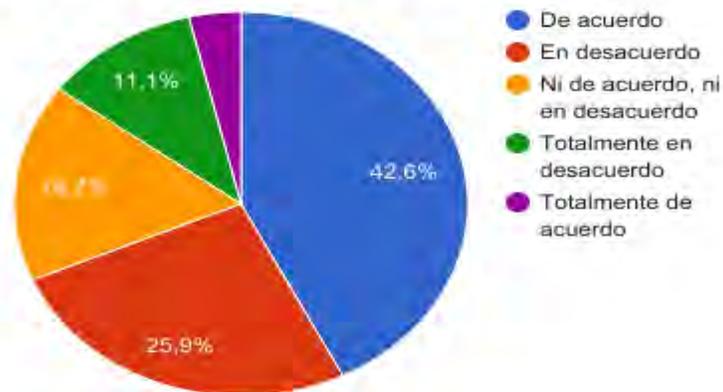
La respuesta es dividida el 40% no se consideran motivados y un 40% sí, para trabajar equipos de trabajo, esto debe de ser modificado, debido a que trabajar en equipo es una buena estrategia para hacer eficientemente el trabajo y evitar errores.

Recuento de 8. Los directivos motivan a trabajar con altos estándares y con resultados mas allá de las expectativas



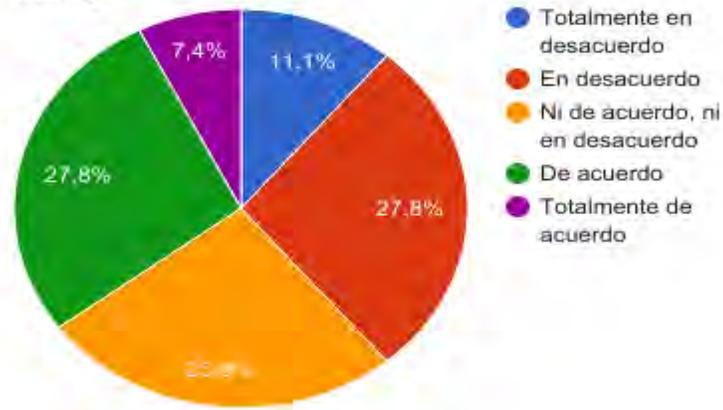
Solo el 40% consideran que se motiva a trabajar con altos estándares, se debe de elevar este porcentaje para que la Institución trabaje hacia un mismo objetivo.

Recuento de 9. Dentro de los grupos de trabajo el ambiente regularmente es hostil



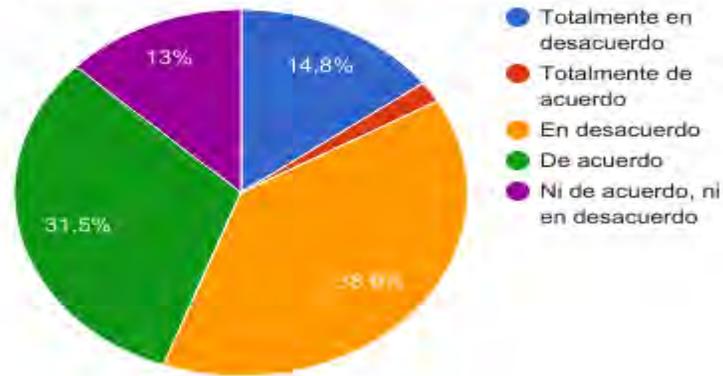
El ambiente hostil se presenta en casí el 50% de los grupos de trabajo, esto puede generar errores, por lo tanto se debe de atender y ver si es por motivación, por un area en especifico u otro.

Recuento de 10. Cuando existe un error, se busca resolverlo entre todos los equipos de trabajo



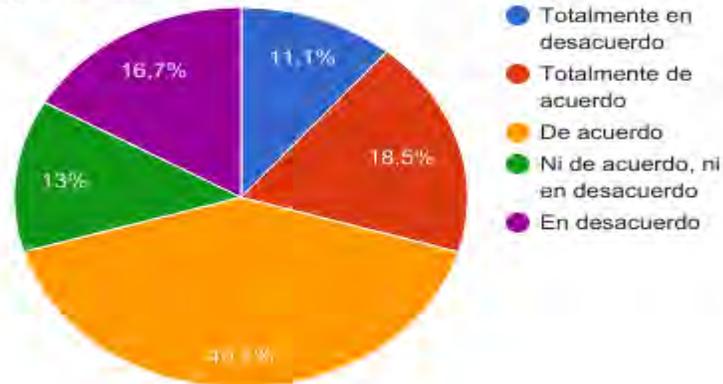
La respuesta es dividida en tres tercios y cada uno de ellos considera que se busca resolver, que no se busca y se abstienen, por lo cual queda muy abierta la posibilidad de tener certeza que pondere mayormente en una respuesta.

Recuento de 1. Los directivos revisan constantemente los procedimientos realizados



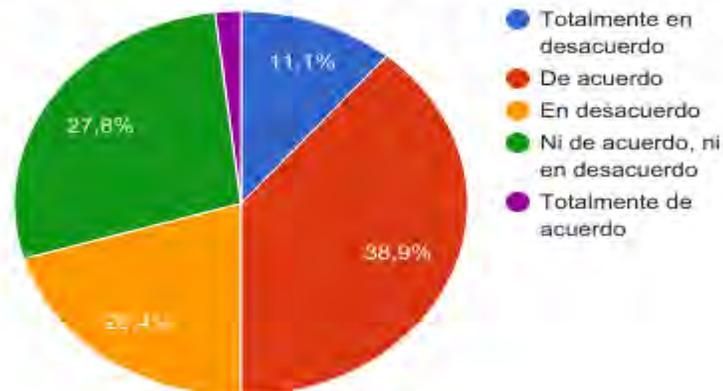
Más del 50% de los cuestionados opinan que los procedimientos no se revisan constantemente, esto definitivamente puede generar errores en las actividades de los operativos ya sea por desconocimiento o falta de supervisión.

Recuento de 2. Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es prioritaria



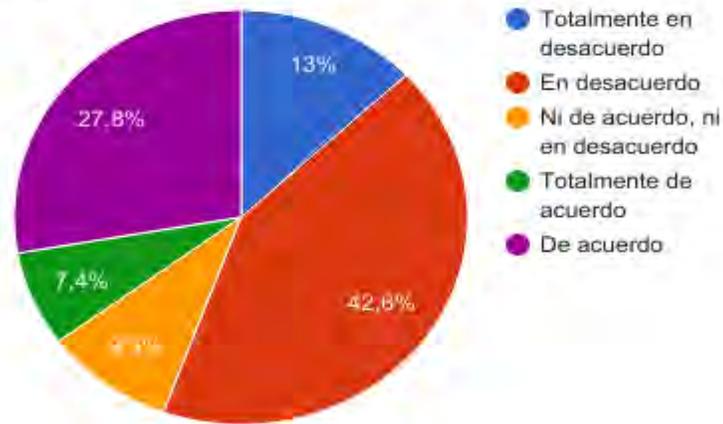
Casi un 69% consideran que la postura de la dirección es proteger al paciente; sin embargo, de manera incongruente no se trabaja para este fin, por lo cual se debe detectar cual es la raíz de la inconsistencia entre la misión y la realización de actividades del personal.

Recuento de 3. Cuando existe un error médico, los directivos apoyan al personal



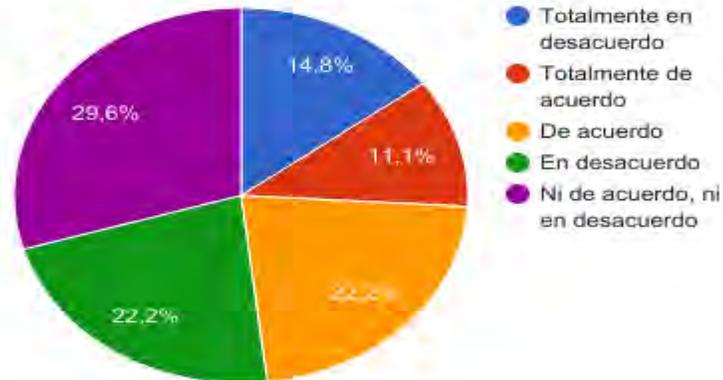
Solo el 40% opina que son apoyados, otro 32% opina que no y el resto se abstiene, el resultado global arroja que no todos han estado en una situación o tienen miedo de contestar.

Recuento de 4. Los directivos ponen el ejemplo al realizar los protocolos como se debe



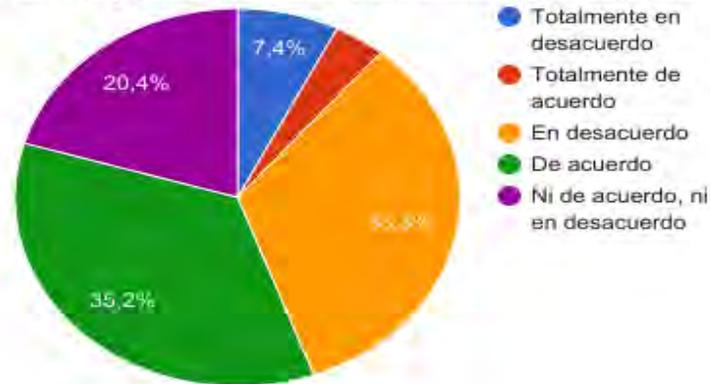
Más de un 50% opina que los directivos no ponen el ejemplo, esto puede generar que no exista un compromiso de cada empleado en realizar su actividad adecuadamente.

Recuento de 5. Bajo ninguna circunstancia, el personal operativo asume el control



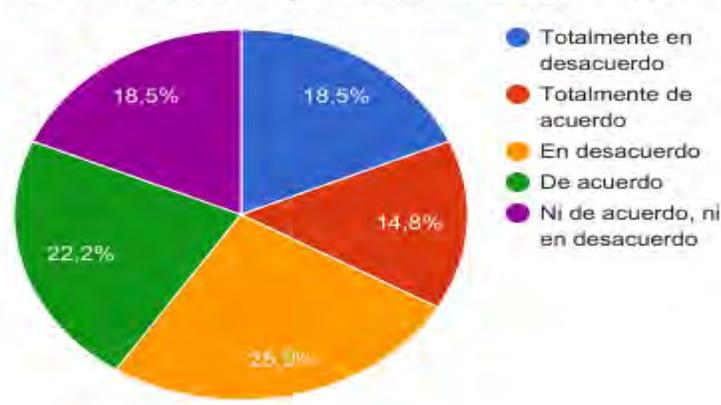
Aparentemente el no asumir el control por un operativo tienen un porcentaje menor sumado a las abstinencias, esto significa que no se asume regularmente ese control en las mayorías de las Instituciones.

Recuento de 6. Los directivos definen claramente objetivos de desempeño asignando las responsabilidades personales correspondi...



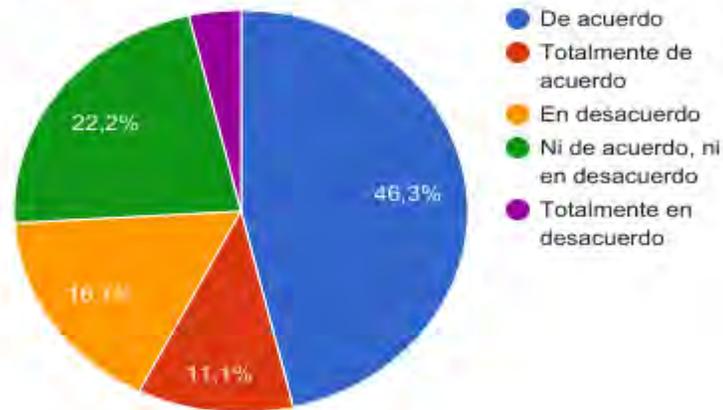
Las respuestas son divididas, un 40% opina que sí se asignan claramente las responsabilidades y otro 40% que no, estos porcentajes demuestran que no se trasmite la información claramente, pudiendo generar conflictos internos y lagunas en los diferentes procedimientos.

Recuento de 7. Mi jefe inmediato es un líder



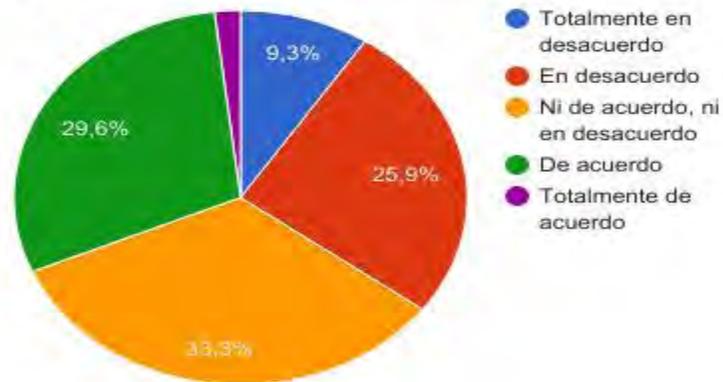
Definitivamente los profesionales de la Salud no ven en sus directivos a un líder, esto genera falta de lealtad y poco compromiso con el area o incluso la Institución.

Recuento de 8. Los directivos son autoritarios



El porcentaje mayor de aceptación y abstinencia de que los directivos son autoritarios, demuestra que el personal puede llegar a no estar conforme por este motivo en particular, demostrándolo no siendo leal al líder o jefe de la Institución.

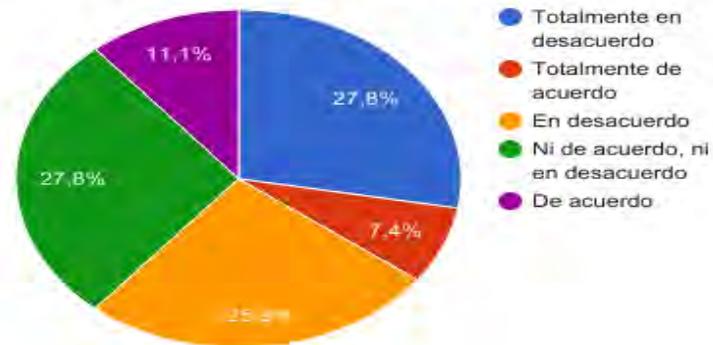
Recuento de 9. Los directivos son empáticos con el personal



El porcentaje más alto es un indicador de poca empatía con los directivos, seguido de las abstinencias, demostrando así que la falta de empatía es un obstaculo en

la comunicación efectiva entre directivos y personal.

Recuento de 10. Los directivos son los tipos de líderes que mi institución necesita



Más del 50% opina que los líderes que tienen no son para esa Institución, otro 25% se abstiene de responder y solo el 18% opina que son los líderes necesarios, por lo tanto, considero que se debe de analizar qué tipo de líder serviría de acuerdo a la Institución de Salud, buscando lograr una aceptación y eficiencia de la mayoría del personal.

CAPITULO VI

ANALISIS DE RESULTADOS

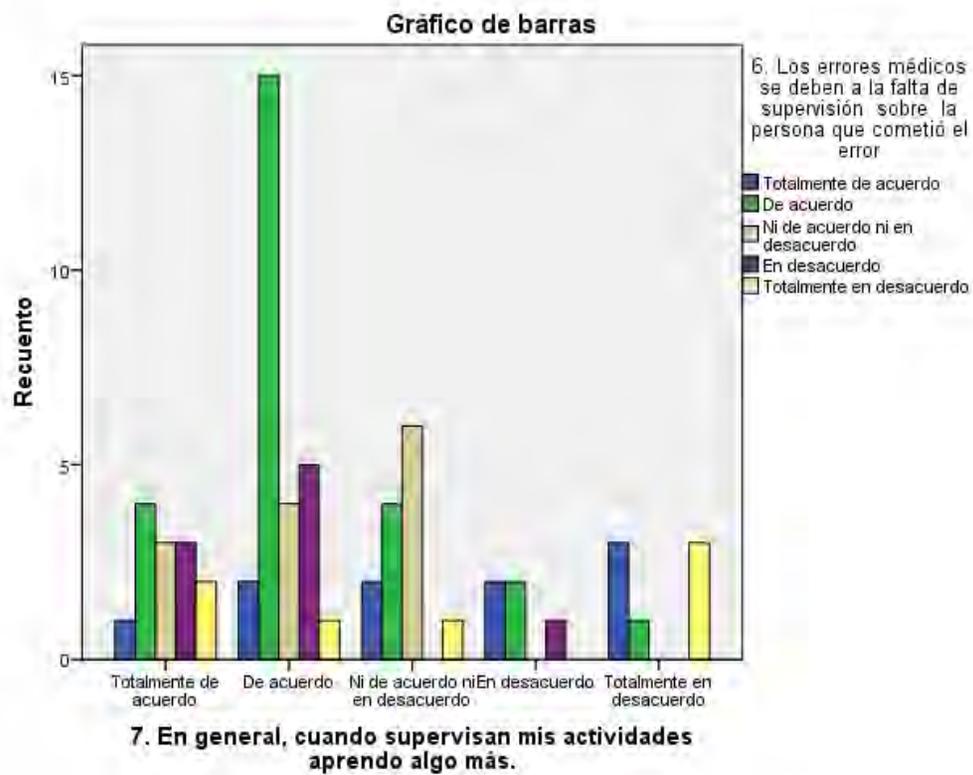
Dentro de este capítulo se podrá observar correlaciones entre algunas de las principales preguntas que generaron controversia al momento de analizar las respuestas dentro del cuestionario, encontrando hallazgos interesantes que nos permite analizar de mejor manera a la gestión directiva y al error médico, logando concluir de manera más crítica y objetiva el trabajo realizado.

Es importante mencionar que las preguntas están correlacionadas de acuerdo a cada herramienta directiva, de esta manera se podrá valorar cual es el impacto de la herramienta en la gestión directiva y en el error médico.

A continuación algunos de los resultados:

Tabla cruzada 7. En general, cuando supervisan mis actividades aprendo algo más. *6. Los errores médicos se deben a la falta de supervisión sobre la persona que cometió el error

			6. Los errores médicos se deben a la falta de supervisión sobre la persona que cometió el error					Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
7. En general, cuando supervisan mis actividades aprendo algo más.	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 6. Los errores médicos se deben a la falta de supervisión sobre la persona que cometió el error	1 10.0%	4 15.4%	3 23.1%	3 33.3%	2 28.6%	13 20.0%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 6. Los errores médicos se deben a la falta de supervisión sobre la persona que cometió el error	2 20.0%	15 57.7%	4 30.8%	5 55.6%	1 14.3%	27 41.5%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 6. Los errores médicos se deben a la falta de supervisión sobre la persona que cometió el error	2 20.0%	4 15.4%	6 46.2%	0 0.0%	1 14.3%	13 20.0%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 6. Los errores médicos se deben a la falta de supervisión sobre la persona que cometió el error	2 20.0%	2 7.7%	0 0.0%	1 11.1%	0 0.0%	5 7.7%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 6. Los errores médicos se deben a la falta de supervisión sobre la persona que cometió el error	3 30.0%	1 3.8%	0 0.0%	0 0.0%	3 42.9%	7 10.8%
Total	Recuento % dentro de 6. Los errores médicos se deben a la falta de supervisión sobre la persona que cometió el error	10 100.0%	26 100.0%	13 100.0%	9 100.0%	7 100.0%	65 100.0%	



Pruebas de chi-cuadrado

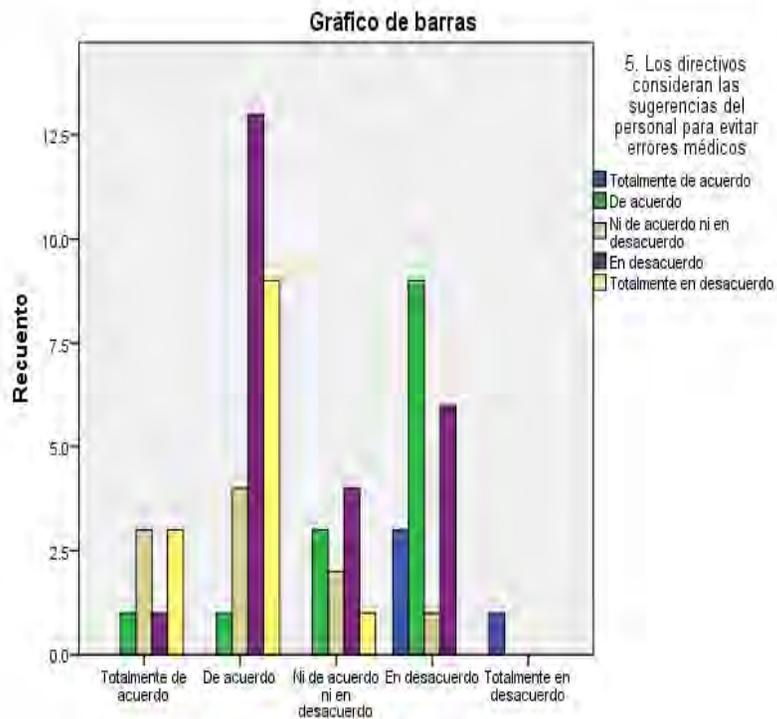
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30.621 ^a	16	.015
Razón de verosimilitud	31.364	16	.012
Asociación lineal por lineal	.584	1	.445
Prueba de McNemar-Bowker	3.552	8	.895
N de casos válidos	65		

a. 21 casillas (84.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .54.

De acuerdo a los resultados observados se puede concluir que la supervisión (elemento clave de la gestión directiva) es considerada fundamental para que los trabajadores mejoren y aprendan de dentro de los procedimientos y actividades realizadas, logrando así que los errores puedan presentarse de menor manera, también se analiza la pregunta que relaciona directamente la falta de supervisión con el hecho de cometer errores, en la cual se puede concluir que en efecto a falta de supervisión se puede esperar la aparición de los errores.

Tabla cruzada 8. Las personas que supervisan conocen poco del trabajo que realizamos*5. Los directivos consideran las sugerencias del personal para evitar errores médicos

			5. Los directivos consideran las sugerencias del personal para evitar errores médicos				Total	
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo
8. Las personas que supervisan conocen poco del trabajo que realizamos	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 5. Los directivos consideran las sugerencias del personal para evitar errores médicos	0 0.0%	1 7.1%	3 30.0%	1 4.2%	3 23.1%	8 12.3%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 5. Los directivos consideran las sugerencias del personal para evitar errores médicos	0 0.0%	1 7.1%	4 40.0%	13 54.2%	9 69.2%	27 41.5%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 5. Los directivos consideran las sugerencias del personal para evitar errores médicos	0 0.0%	3 21.4%	2 20.0%	4 16.7%	1 7.7%	10 15.4%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 5. Los directivos consideran las sugerencias del personal para evitar errores médicos	3 75.0%	9 64.3%	1 10.0%	6 25.0%	0 0.0%	19 29.2%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 5. Los directivos consideran las sugerencias del personal para evitar errores médicos	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.5%
Total	Recuento % dentro de 5. Los directivos consideran las sugerencias del personal para evitar errores médicos	4 100.0%	14 100.0%	10 100.0%	24 100.0%	13 100.0%	65 100.0%	



8. Las personas que supervisan conocen poco d...

Pruebas de chi-cuadrado

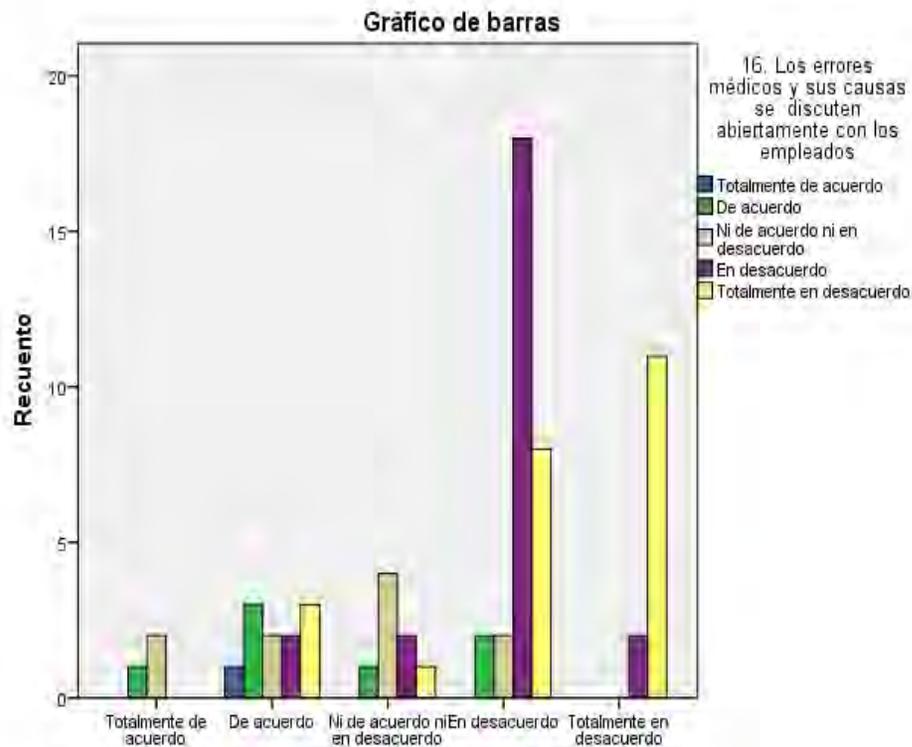
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45.659 ^a	16	.000
Razón de verosimilitud	41.823	16	.000
Asociación lineal por lineal	18.938	1	.000
Prueba de McNemar-Bowker	18.670	9	.028
N de casos válidos	65		

a. 21 casillas (84.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .06.

De acuerdo a los resultados obtenidos en promedio un 45% opinan que lo directivos si hacen caso a las recomendaciones del personal y al mismo tiempo creen que las personas que los supervisan no conocen mucho del trabajo que se realiza, por lo cual se puede concluir que no existe una supervisión adecuada debido a la falta de conocimiento o dominio por parte de los supervisores que evidentemente provoca que no sea objetiva la apreciación o recomendación que le genere una recomendación que el personal pueda aportarles.

Tabla cruzada 15. Existe comunicación entre todo el personal*16. Los errores médicos y sus causas se discuten abiertamente con los empleados

			16. Los errores médicos y sus causas se discuten abiertamente con los empleados					Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
15. Existe comunicación entre todo el personal	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 16. Los errores médicos y sus causas se discuten abiertamente con los empleados	0 0.0%	1 14.3%	2 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 4.6%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 16. Los errores médicos y sus causas se discuten abiertamente con los empleados	1 100.0%	3 42.9%	2 20.0%	2 8.3%	3 13.0%	11 16.9%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 16. Los errores médicos y sus causas se discuten abiertamente con los empleados	0 0.0%	1 14.3%	4 40.0%	2 8.3%	1 4.3%	8 12.3%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 16. Los errores médicos y sus causas se discuten abiertamente con los empleados	0 0.0%	2 28.6%	2 20.0%	18 75.0%	8 34.8%	30 46.2%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 16. Los errores médicos y sus causas se discuten abiertamente con los empleados	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 8.3%	11 47.8%	13 20.0%
	Total	Recuento % dentro de 16. Los errores médicos y sus causas se discuten abiertamente con los empleados	1 100.0%	7 100.0%	10 100.0%	24 100.0%	23 100.0%	65 100.0%



15. Existe comunicación entre todo el personal

En este resultado se puede observar que más del 60% de las respuestas apuntan claramente hacia una falta de comunicación entre todo el personal y una falta de discusión de los errores entre los empleados, esto en definitiva es una cadena de errores, debido a que un empleado puede cometer algún error, mismo que de ser reportado o compartido puede verse reflejado en prevención de errores; sin embargo al ser un porcentaje alto en el cual no existe comunicación la presencia del error es latente.

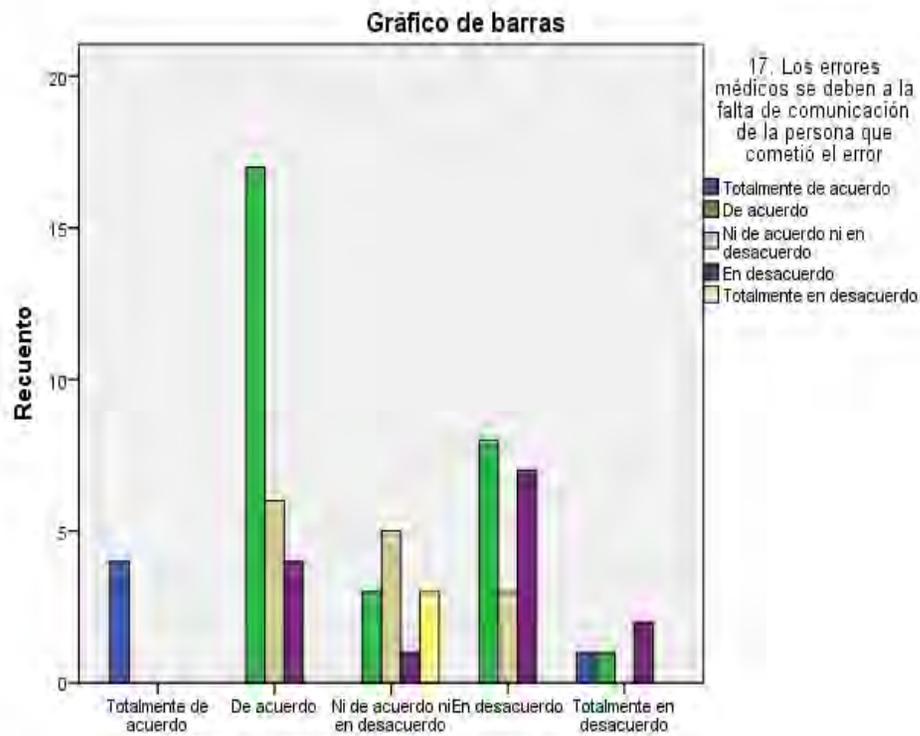
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46.319 ^a	16	.000
Razón de verosimilitud	42.980	16	.000
Asociación lineal por lineal	20.214	1	.000
Prueba de McNemar-Bowker	9.933	8	.270
N de casos válidos	65		

a. 23 casillas (92.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .05.

Tabla cruzada 12. El personal tiene miedo de realizar preguntas cuando algo no parece estar bien*17. Los errores médicos se deben a la falta de comunicación de la persona que cometió el error

			17. Los errores médicos se deben a la falta de comunicación de la persona que cometió el error				Total	
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo
12. El personal tiene miedo de realizar preguntas cuando algo no parece estar bien	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 17. Los errores médicos se deben a la falta de comunicación de la persona que cometió el error	4 80.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 6.2%	
	De acuerdo	Recuento % dentro de 17. Los errores médicos se deben a la falta de comunicación de la persona que cometió el error	0 0.0%	17 58.6%	6 42.9%	4 28.6%	0 0.0%	27 41.5%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 17. Los errores médicos se deben a la falta de comunicación de la persona que cometió el error	0 0.0%	3 10.3%	5 35.7%	1 7.1%	3 100.0%	12 18.5%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 17. Los errores médicos se deben a la falta de comunicación de la persona que cometió el error	0 0.0%	8 27.6%	3 21.4%	7 50.0%	0 0.0%	18 27.7%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 17. Los errores médicos se deben a la falta de comunicación de la persona que cometió el error	1 20.0%	1 3.4%	0 0.0%	2 14.3%	0 0.0%	4 6.2%
	Total	Recuento % dentro de 17. Los errores médicos se deben a la falta de comunicación de la persona que cometió el error	5 100.0%	29 100.0%	14 100.0%	14 100.0%	3 100.0%	65 100.0%



12. El personal tiene miedo de realizar preguntas cuando algo no parece estar bien

Pruebas de chi-cuadrado

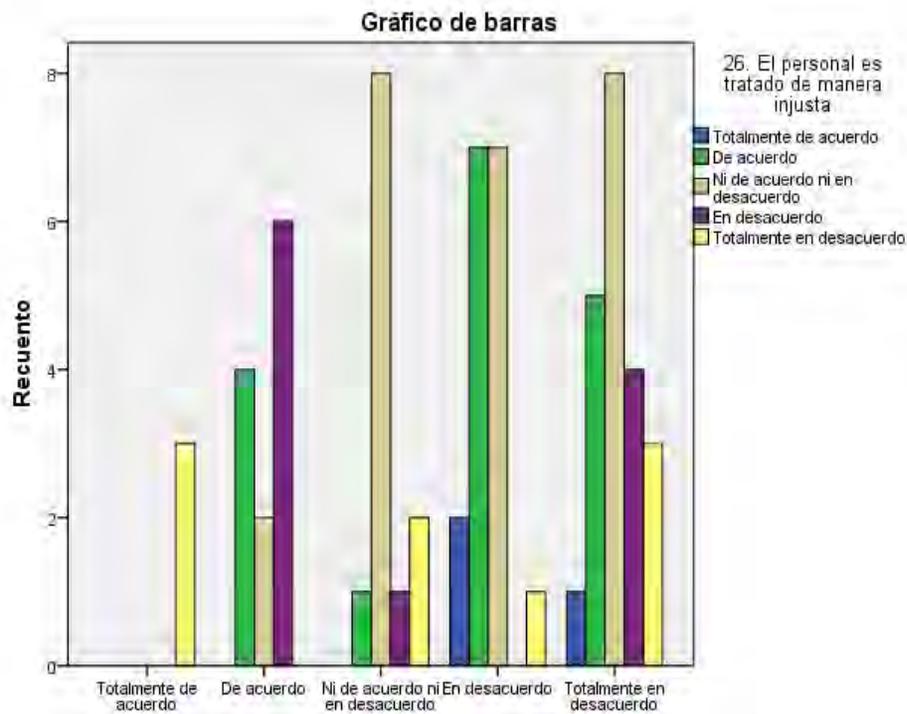
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	79.306 ^a	16	.000
Razón de verosimilitud	52.214	16	.000
Asociación lineal por lineal	6.644	1	.010
Prueba de McNemar-Bowker	10.333	7	.170
N de casos válidos	65		

a. 20 casillas (80.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .18.

De manera global un 47% opina que los errores se deben a la falta de comunicación y al mismo tiempo que el personal tiene miedo de realizar preguntas cuando parece no estar bien, por lo cual podría ser una conclusión que no lo comunican por miedo a una decisión que pueda afectar a la persona que cometió el error, sin embargo; sea esta la razón o no finalmente es claro que la falta de comunicación por parte de la persona que comete error puede seguir propiciando errores en cadena en la Institución.

Tabla cruzada 22. La institución, incentiva los buenos resultados

			Totalmente de acuerdo
22. La institución, incentiva los buenos resultados	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 26. El personal es tratado de manera injusta	0 0.0%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 26. El personal es tratado de manera injusta	0 0.0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 26. El personal es tratado de manera injusta	0 0.0%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 26. El personal es tratado de manera injusta	2 66.7%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 26. El personal es tratado de manera injusta	1 33.3%
Total	Recuento % dentro de 26. El personal es tratado de manera injusta	3 100.0%	



22. La institución, incentiva los buenos resultados

Pruebas de chi-cuadrado

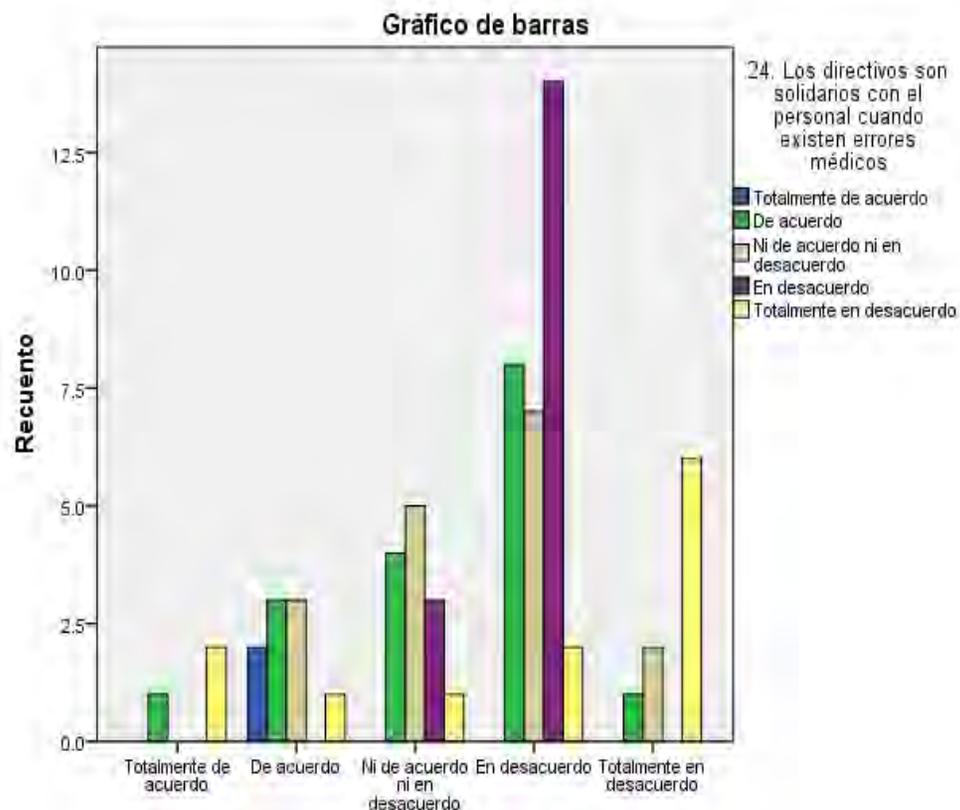
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42.586 ^a	16	.000
Razón de verosimilitud	38.740	16	.001
Asociación lineal por lineal	3.696	1	.055
Prueba de McNemar-Bowker	18.310	8	.019
N de casos válidos	65		

a. 22 casillas (88.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .14.

De acuerdo al 58.5% de las respuestas el personal de salud considera que no es tratado de manera injusta, pero que tampoco es premiado o motivado por los buenos resultados que se consigan en la Institución, de acuerdo a esto se puede presumir que los directivos tienen un trato justo con el personal pero la realización del trabajo de cada profesional es retribuida y vista únicamente como una obligación del puesto, mermando así un poco la idea de que el personal pueda sentirse motivado.

Tabla cruzada 21. El personal se siente apoyado por sus directivos*24. Los directivos son solidarios con el personal cuando existen errores médicos

			24. Los directivos son solidarios con el personal cuando existen errores médicos					Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
21. El personal se siente apoyado por sus directivos	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 24. Los directivos son solidarios con el personal cuando existen errores médicos	0 0.0%	1 5.9%	0 0.0%	0 0.0%	2 16.7%	3 4.6%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 24. Los directivos son solidarios con el personal cuando existen errores médicos	2 100.0%	3 17.6%	3 17.6%	0 0.0%	1 8.3%	9 13.8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 24. Los directivos son solidarios con el personal cuando existen errores médicos	0 0.0%	4 23.5%	5 29.4%	3 17.6%	1 8.3%	13 20.0%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 24. Los directivos son solidarios con el personal cuando existen errores médicos	0 0.0%	8 47.1%	7 41.2%	14 82.4%	2 16.7%	31 47.7%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 24. Los directivos son solidarios con el personal cuando existen errores médicos	0 0.0%	1 5.9%	2 11.8%	0 0.0%	6 50.0%	9 13.8%
Total	Recuento % dentro de 24. Los directivos son solidarios con el personal cuando existen errores médicos	2 100.0%	17 100.0%	17 100.0%	17 100.0%	12 100.0%	65 100.0%	



21. El personal se siente apoyado por sus ...

En promedio el 61% de las personas que respondieron el cuestionario nos dicen que no se sienten apoyados por los directores y que los directivos no son solidarios cuando hay errores con el personal, esto sin duda genera una incertidumbre al momento de pensar si se reporta o no un error, en la cual seguramente la decisión puede ser ocultarlo, evitando un problema de tipo profesional pero maximizando la posibilidad de errores dentro de una Institución.

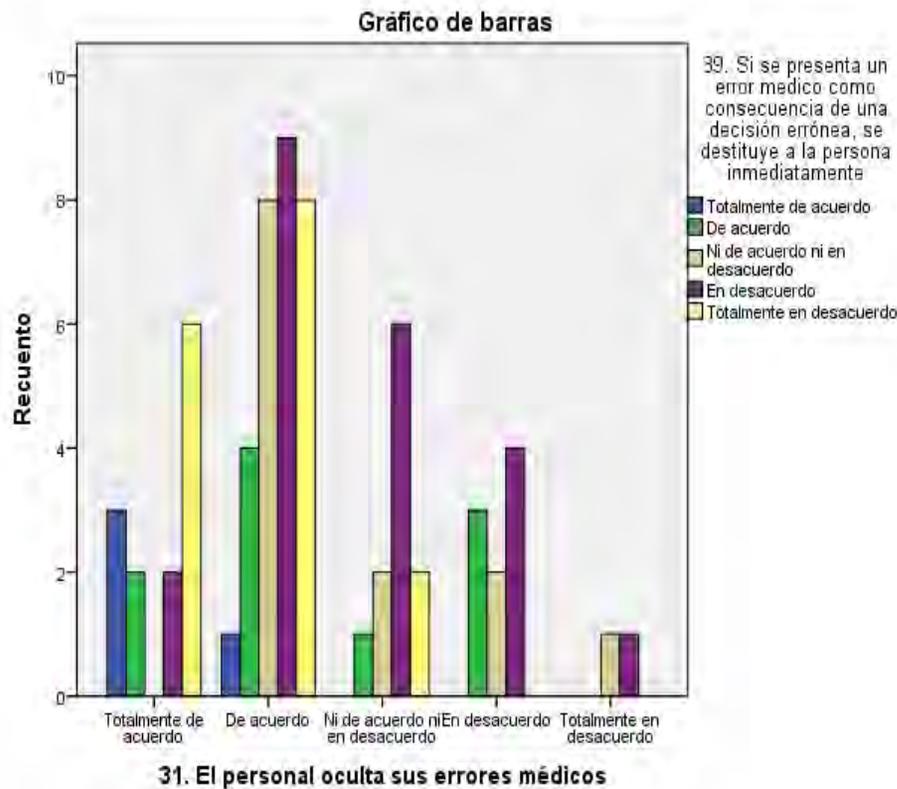
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43.914 ^a	16	.000
Razón de verosimilitud	39.943	16	.001
Asociación lineal por lineal	4.586	1	.032
Prueba de McNemar-Bowker	14.410	8	.072
N de casos válidos	65		

a. 21 casillas (84.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .09.

Tabla cruzada 31. El personal oculta sus errores médicos*39. Si se presenta un error medico como consecuencia de una decisión errónea, se destituye a la persona inmediatamente

			39. Si se presenta un error medico como consecuencia de una decisión errónea, se destituye a la persona inmediatamente				Total	
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo
31. El personal oculta sus errores médicos	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 39. Si se presenta un error medico como consecuencia de una decisión errónea, se destituye a la persona inmediatamente	3 75.0%	2 20.0%	0 0.0%	2 9.1%	6 37.5%	13 20.0%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 39. Si se presenta un error medico como consecuencia de una decisión errónea, se destituye a la persona inmediatamente	1 25.0%	4 40.0%	8 61.5%	9 40.9%	8 50.0%	30 46.2%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 39. Si se presenta un error medico como consecuencia de una decisión errónea, se destituye a la persona inmediatamente	0 0.0%	1 10.0%	2 15.4%	6 27.3%	2 12.5%	11 16.9%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 39. Si se presenta un error medico como consecuencia de una decisión errónea, se destituye a la persona inmediatamente	0 0.0%	3 30.0%	2 15.4%	4 18.2%	0 0.0%	9 13.8%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 39. Si se presenta un error medico como consecuencia de una decisión errónea, se destituye a la persona inmediatamente	0 0.0%	0 0.0%	1 7.7%	1 4.5%	0 0.0%	2 3.1%
	Total	Recuento % dentro de 39. Si se presenta un error medico como consecuencia de una decisión errónea, se destituye a la persona inmediatamente	4 100.0%	10 100.0%	13 100.0%	22 100.0%	16 100.0%	65 100.0%



Pruebas de chi-cuadrado

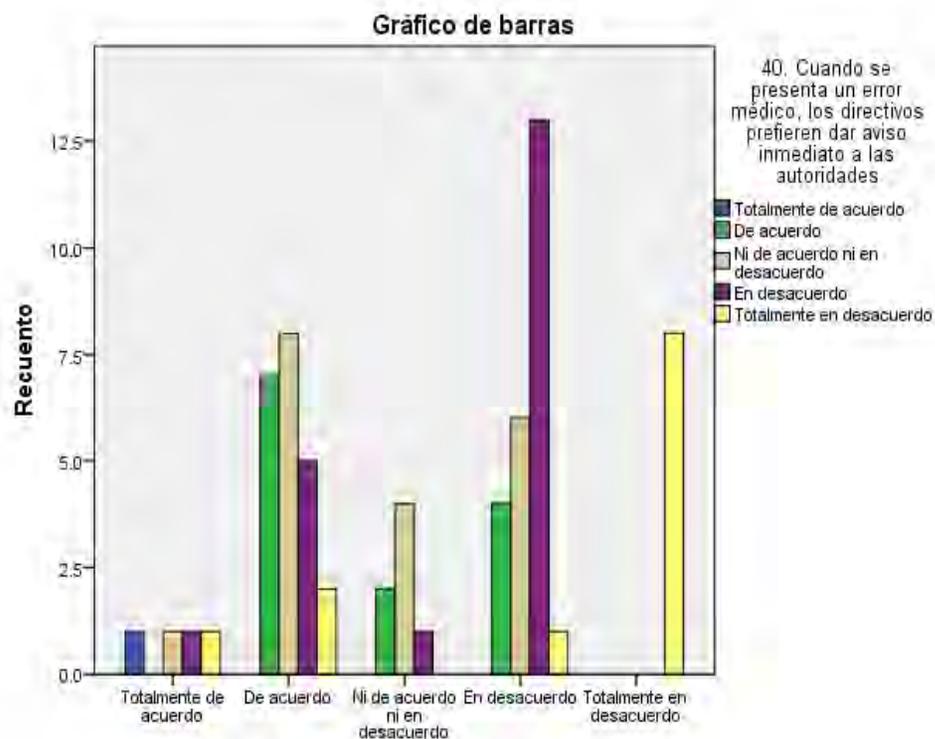
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23.236 ^a	16	.108
Razón de verosimilitud	26.595	16	.046
Asociación lineal por lineal	.173	1	.678
Prueba de McNemar-Bowker	28.111	9	.001
N de casos válidos	65		

a. 22 casillas (88.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.

En promedio más del 66% opina que el personal de salud sí oculta sus errores, de igual manera opinan que sí se presenta un error médico la persona involucrada puede ser despedida inmediatamente, en este caso existe cierta congruencia en el hecho de pensar que los profesionales ocultan su error por miedo a ser destituido, esto genera que los errores no sean reportados y por consecuencia los errores e pueden cometer una y otra vez sin encontrar una alternativa de solución debido al miedo que hay en reportar errores.

Tabla cruzada 33. Cuando existe error médico, el personal comunica a los directivos⁴⁰. Cuando se presenta un error médico, los directivos prefieren dar aviso inmediato a las autoridades

			40. Cuando se presenta un error médico, los directivos prefieren dar aviso inmediato a las autoridades					Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
33. Cuando existe error médico, el personal comunica a los directivos	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 40. Cuando se presenta un error médico, los directivos prefieren dar aviso inmediato a las autoridades	1 100.0%	0 0.0%	1 5.3%	1 5.0%	1 8.3%	4 6.2%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 40. Cuando se presenta un error médico, los directivos prefieren dar aviso inmediato a las autoridades	0 0.0%	7 53.8%	8 42.1%	5 25.0%	2 16.7%	22 33.8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 40. Cuando se presenta un error médico, los directivos prefieren dar aviso inmediato a las autoridades	0 0.0%	2 15.4%	4 21.1%	1 5.0%	0 0.0%	7 10.8%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 40. Cuando se presenta un error médico, los directivos prefieren dar aviso inmediato a las autoridades	0 0.0%	4 30.8%	6 31.6%	13 65.0%	1 8.3%	24 36.9%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 40. Cuando se presenta un error médico, los directivos prefieren dar aviso inmediato a las autoridades	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 66.7%	8 12.3%
Total	Recuento % dentro de 40. Cuando se presenta un error médico, los directivos prefieren dar aviso inmediato a las autoridades	1 100.0%	13 100.0%	19 100.0%	20 100.0%	12 100.0%	65 100.0%	



33. Cuando existe error médico, el personal ...

Pruebas de chi-cuadrado

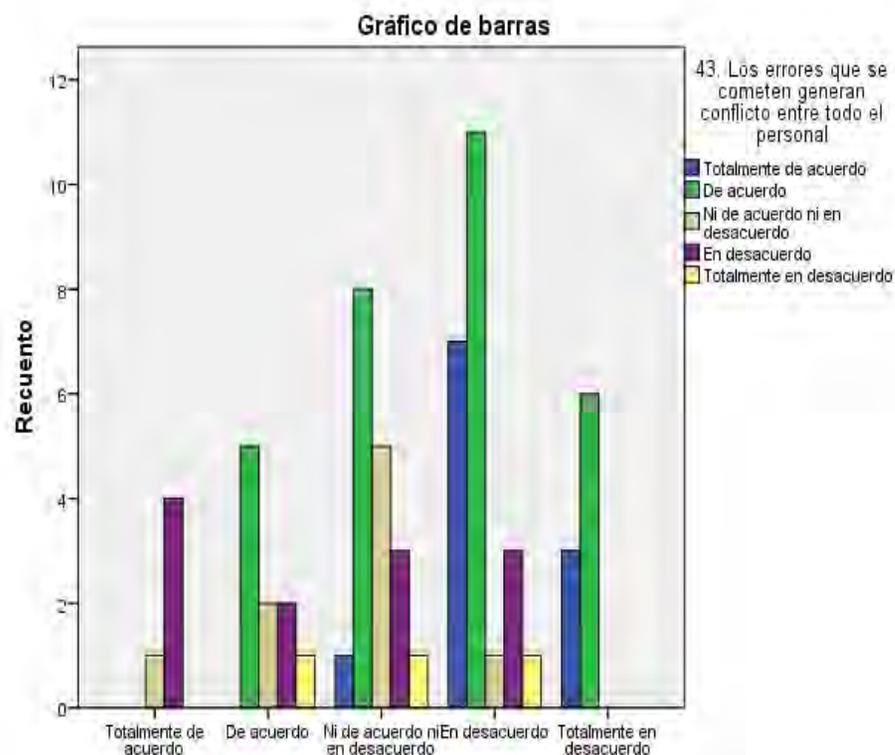
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	66.089 ^a	16	.000
Razón de verosimilitud	50.264	16	.000
Asociación lineal por lineal	11.458	1	.001
Prueba de McNemar-Bowker	13.283	8	.102
N de casos válidos	65		

a. 21 casillas (84.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .06.

Estos resultados muestran mayor variación debido a que el 50% considera que no está de acuerdo en que le den aviso a los directivos y estos últimos al mismo tiempo no prefieren dar aviso a las autoridades; sin embargo del resto el 40% cree y está de acuerdo que los directivos avisan a las autoridades del error y al mismo tiempo el personal está de acuerdo en avisar a los directivos de un error, situación la cual puede afectarlos de manera personal pero en lo profesional hace su deber.

Tabla cruzada 48. Los directivos tratan de lograr la armonía*43. Los errores que se cometen generan conflicto entre todo el personal

			43. Los errores que se cometen generan conflicto entre todo el personal					Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
48. Los directivos tratan de lograr la armonía	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 43. Los errores que se cometen generan conflicto entre todo el personal	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	4 33.3%	0 0.0%	5 7.7%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 43. Los errores que se cometen generan conflicto entre todo el personal	0 0.0%	5 16.7%	2 22.2%	2 16.7%	1 33.3%	10 15.4%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 43. Los errores que se cometen generan conflicto entre todo el personal	1 9.1%	8 26.7%	5 55.6%	3 25.0%	1 33.3%	18 27.7%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 43. Los errores que se cometen generan conflicto entre todo el personal	7 63.6%	11 36.7%	1 11.1%	3 25.0%	1 33.3%	23 35.4%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 43. Los errores que se cometen generan conflicto entre todo el personal	3 27.3%	6 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 13.8%
Total	Recuento % dentro de 43. Los errores que se cometen generan conflicto entre todo el personal	11 100.0%	30 100.0%	9 100.0%	12 100.0%	3 100.0%	65 100.0%	



48. Los directivos tratan de lograr la armonía

Pruebas de chi-cuadrado

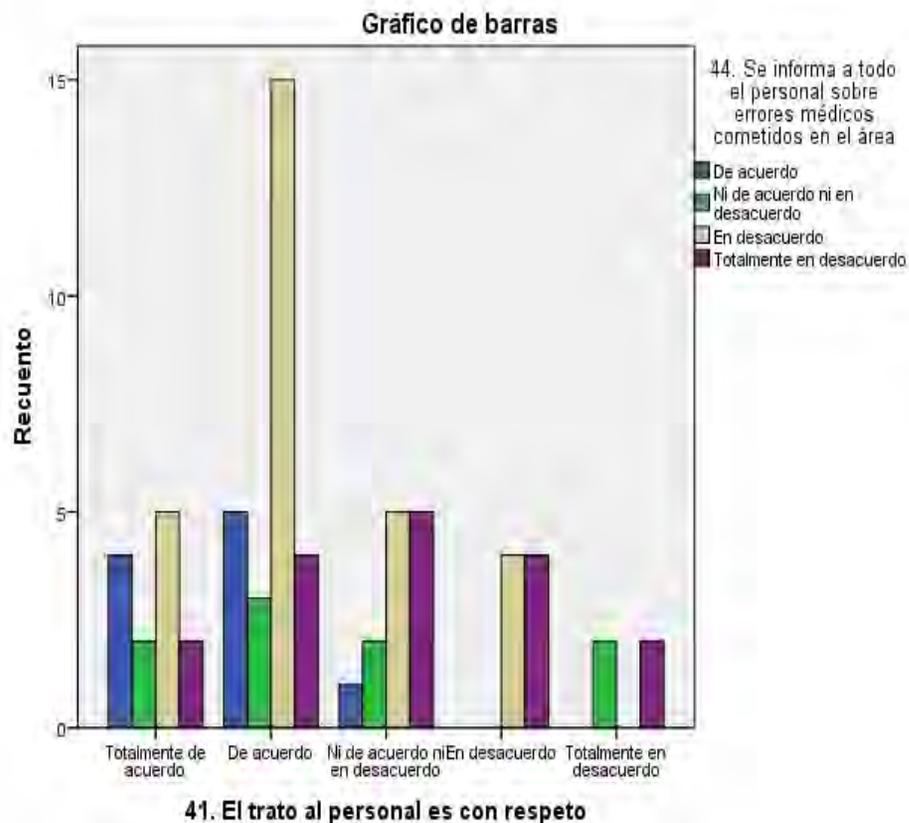
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30.330 ^a	16	.016
Razón de verosimilitud	33.451	16	.006
Asociación lineal por lineal	15.539	1	.000
Prueba de McNemar-Bowker	20.220	9	.017
N de casos válidos	65		

a. 23 casillas (92.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .23.

Casi un 50% de porcentaje acumulado considera que los directivos no tratan de lograr la armonía, por otro lado también consideran que los errores no generan un conflicto entre todo el personal, esto es un buen dato debido a que se podría analizar si un error no impacta o simplemente no es detectado a nivel organizacional.

Tabla cruzada 41. El trato al personal es con respeto*44. Se informa a todo el personal sobre errores médicos cometidos en el área

			44. Se informa a todo el personal sobre errores médicos cometidos en el área				Total
			De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
41. El trato al personal es con respeto	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 44. Se informa a todo el personal sobre errores médicos cometidos en el área	4 40.0%	2 22.2%	5 17.2%	2 11.8%	13 20.0%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 44. Se informa a todo el personal sobre errores médicos cometidos en el área	5 50.0%	3 33.3%	15 51.7%	4 23.5%	27 41.5%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 44. Se informa a todo el personal sobre errores médicos cometidos en el área	1 10.0%	2 22.2%	5 17.2%	5 29.4%	13 20.0%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 44. Se informa a todo el personal sobre errores médicos cometidos en el área	0 0.0%	0 0.0%	4 13.8%	4 23.5%	8 12.3%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 44. Se informa a todo el personal sobre errores médicos cometidos en el área	0 0.0%	2 22.2%	0 0.0%	2 11.8%	4 6.2%
Total		Recuento % dentro de 44. Se informa a todo el personal sobre errores médicos cometidos en el área	10 100.0%	9 100.0%	29 100.0%	17 100.0%	65 100.0%



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.640 ^a	12	.127
Razón de verosimilitud	20.157	12	.064
Asociación lineal por lineal	6.018	1	.014
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	^b
N de casos válidos	65		

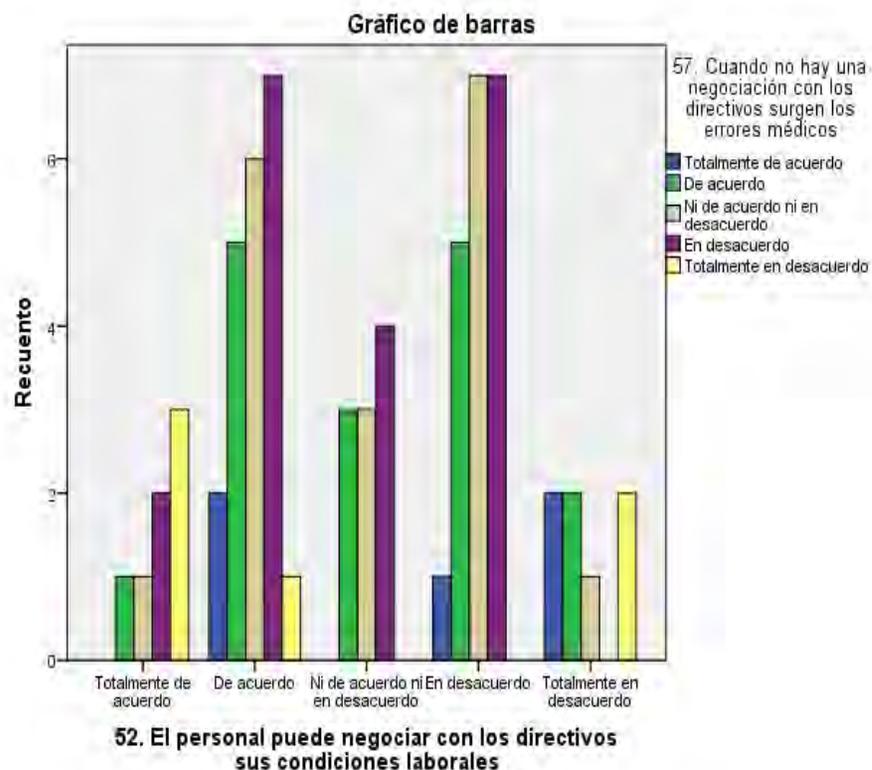
a. 16 casillas (80.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .55.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

Poco más del 60% opinó que si es con respeto el trato al personal y al mismo tiempo que se informa al personal de cada área los errores cometidos en son informados, esto genera un cierto grado de tranquilidad para avanzar en la prevención de errores, habría que utilizar como fortaleza la comunicación dentro de cada área y crear un modelo Institucional.

Tabla cruzada 52. El personal puede negociar con los directivos sus condiciones laborales*57. Cuando no hay una negociación con los directivos surgen los errores médicos

			57. Cuando no hay una negociación con los directivos surgen los errores médicos					Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
52. El personal puede negociar con los directivos sus condiciones laborales	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 57. Cuando no hay una negociación con los directivos surgen los errores médicos	0 0.0%	1 6.3%	1 5.6%	2 10.0%	3 50.0%	7 10.8%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 57. Cuando no hay una negociación con los directivos surgen los errores médicos	2 40.0%	5 31.3%	6 33.3%	7 35.0%	1 16.7%	21 32.3%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 57. Cuando no hay una negociación con los directivos surgen los errores médicos	0 0.0%	3 18.8%	3 16.7%	4 20.0%	0 0.0%	10 15.4%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 57. Cuando no hay una negociación con los directivos surgen los errores médicos	1 20.0%	5 31.3%	7 38.9%	7 35.0%	0 0.0%	20 30.8%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 57. Cuando no hay una negociación con los directivos surgen los errores médicos	2 40.0%	2 12.5%	1 5.6%	0 0.0%	2 33.3%	7 10.8%
Total	Recuento % dentro de 57. Cuando no hay una negociación con los directivos surgen los errores médicos	5 100.0%	16 100.0%	18 100.0%	20 100.0%	6 100.0%	65 100.0%	



Pruebas de chi-cuadrado

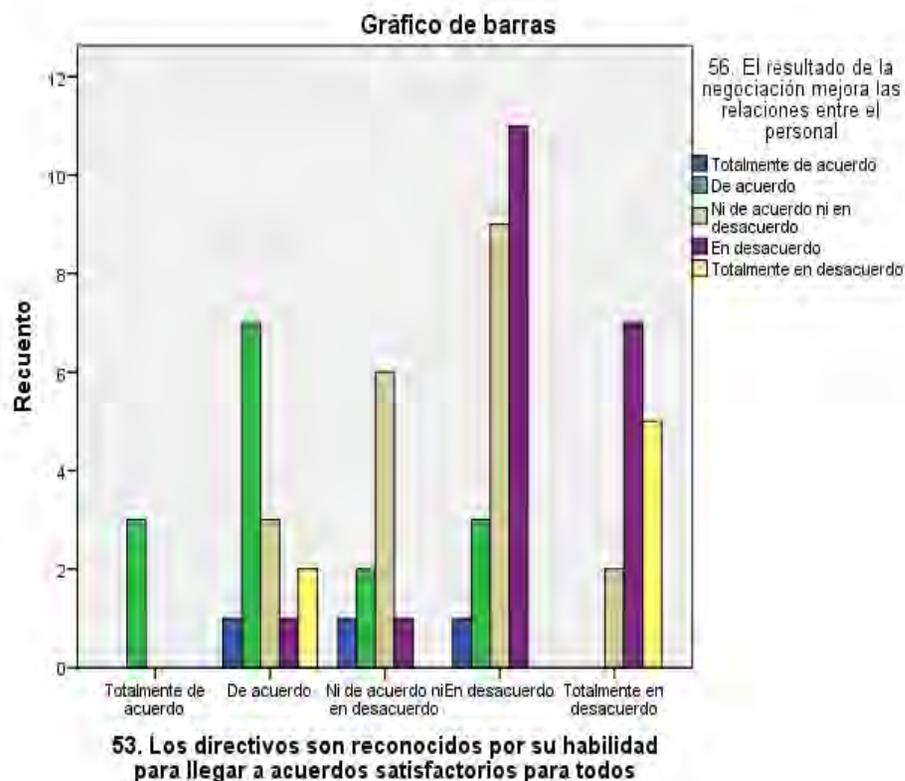
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24.585 ^a	16	.077
Razón de verosimilitud	24.379	16	.082
Asociación lineal por lineal	2.664	1	.103
Prueba de McNemar-Bowker	5.352	9	.803
N de casos válidos	65		

a. 20 casillas (80.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .54.

El 43% opina que está de acuerdo en que surgen errores médicos cuando no existe negociación con los directivos, de igual manera el mismo porcentaje considera que sí puede negociar sus condiciones con los jefes, en este caso es importante considerar que para que no existan errores los directivos deben de aprender a mediar perfectamente con los profesionales de la salud.

Tabla cruzada 53. Los directivos son reconocidos por su habilidad para llegar a acuerdos satisfactorios para todos*56. El resultado de la negociación mejora las relaciones entre el personal

			56. El resultado de la negociación mejora las relaciones entre el personal				Total	
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo
53. Los directivos son reconocidos por su habilidad para llegar a acuerdos satisfactorios para todos	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 56. El resultado de la negociación mejora las relaciones entre el personal	0 0.0%	3 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 4.6%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 56. El resultado de la negociación mejora las relaciones entre el personal	1 33.3%	7 46.7%	3 15.0%	1 5.0%	2 28.6%	14 21.5%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 56. El resultado de la negociación mejora las relaciones entre el personal	1 33.3%	2 13.3%	6 30.0%	1 5.0%	0 0.0%	10 15.4%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 56. El resultado de la negociación mejora las relaciones entre el personal	1 33.3%	3 20.0%	9 45.0%	11 55.0%	0 0.0%	24 36.9%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 56. El resultado de la negociación mejora las relaciones entre el personal	0 0.0%	0 0.0%	2 10.0%	7 35.0%	5 71.4%	14 21.5%
Total	Recuento % dentro de 56. El resultado de la negociación mejora las relaciones entre el personal	3 100.0%	15 100.0%	20 100.0%	20 100.0%	7 100.0%	65 100.0%	



Pruebas de chi-cuadrado

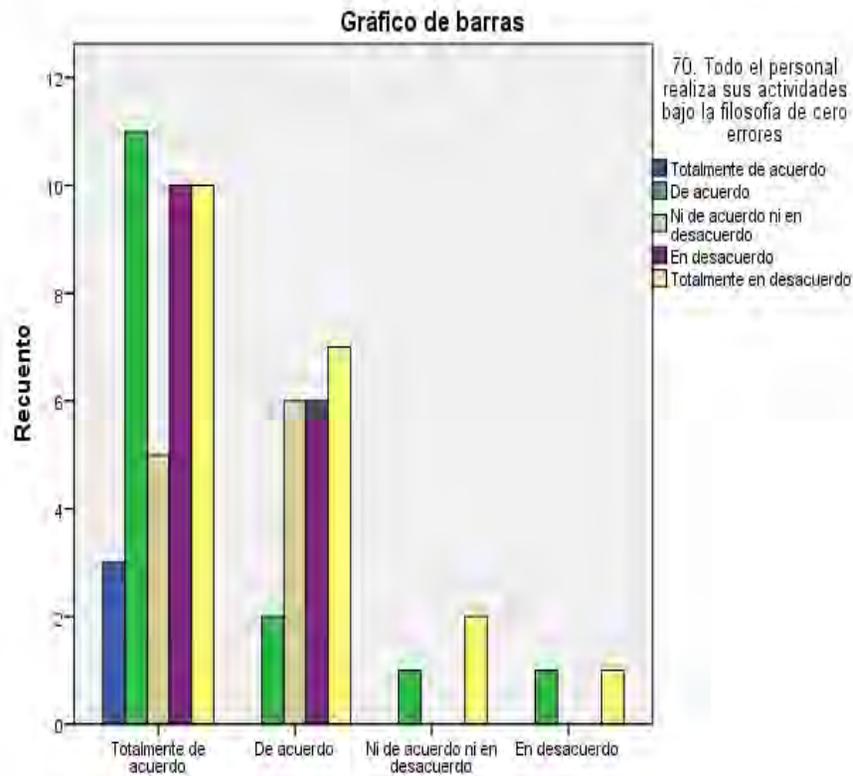
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44.381 ^a	16	.000
Razón de verosimilitud	47.436	16	.000
Asociación lineal por lineal	18.620	1	.000
Prueba de McNemar-Bowker	21.600	9	.010
N de casos válidos	65		

a. 22 casillas (88.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .14.

Casi un 60% de las respuestas coinciden y no reconocen a sus directivos como un gran negociador, de igual manera no consideran que una negociación mejore a relación entre el personal, dicho esto es importante tomar dos puntos en cuenta, uno es que se necesita como directivo en mejorar como negociador y el segundo es buscar que el personal tenga una mejor relación a través de otra estrategia.

Tabla cruzada 61. La seguridad del paciente es fundamental⁷⁰. Todo el personal realiza sus actividades bajo la filosofía de cero errores

			70. Todo el personal realiza sus actividades bajo la filosofía de cero errores					Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
61. La seguridad del paciente es fundamental	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 61. La seguridad del paciente es fundamental	3 7.7%	11 28.2%	5 12.8%	10 25.6%	10 25.6%	39 100.0%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 61. La seguridad del paciente es fundamental	0 0.0%	2 9.5%	6 28.6%	6 28.6%	7 33.3%	21 100.0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 61. La seguridad del paciente es fundamental	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	2 66.7%	3 100.0%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 61. La seguridad del paciente es fundamental	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	2 100.0%
Total	Recuento % dentro de 61. La seguridad del paciente es fundamental	3 4.6%	15 23.1%	11 16.9%	16 24.6%	20 30.8%	65 100.0%	



61. La seguridad del paciente es fundamental

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.055 ^a	12	.524
Razón de verosimilitud	13.873	12	.309
Asociación lineal por lineal	1.529	1	.216
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	65		

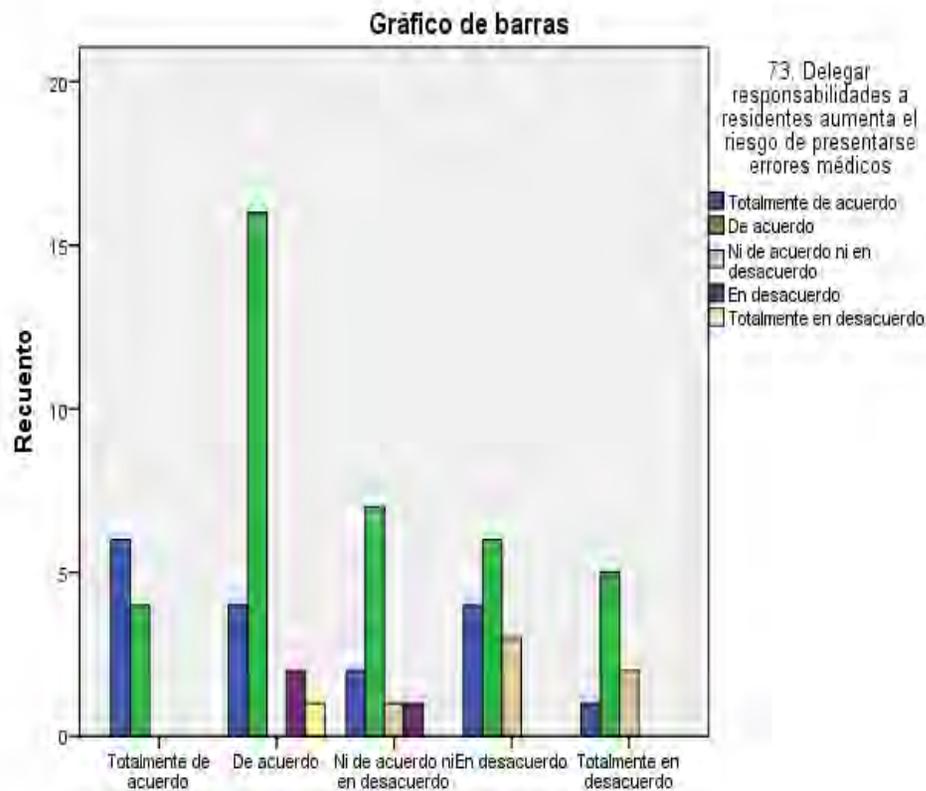
a. 14 casillas (70.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .09.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

De acuerdo a los resultados obtenidos, un 55% de los profesionales consideran que no se trabaja bajo la filosofía “**cero errores**” esto impacta directamente y en este caso el análisis Pearson es notable para impactar la seguridad del paciente, misma que se ve afectada gracias a la falta de pensamiento estratégico para trabajar buscando minimizar los errores.

Tabla cruzada 72. El personal médico adscrito delega todas sus responsabilidades a los estudiantes residentes^73. Delegar responsabilidades a residentes aumenta el riesgo de presentarse errores médicos

			73. Delegar responsabilidades a residentes aumenta el riesgo de presentarse errores médicos					Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
72. El personal médico adscrito delega todas sus responsabilidades a los estudiantes residentes	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 72. El personal médico adscrito delega todas sus responsabilidades a los estudiantes residentes	6 60.0%	4 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	10 100.0%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 72. El personal médico adscrito delega todas sus responsabilidades a los estudiantes residentes	4 17.4%	16 69.6%	0 0.0%	2 8.7%	1 4.3%	23 100.0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 72. El personal médico adscrito delega todas sus responsabilidades a los estudiantes residentes	2 18.2%	7 63.6%	1 9.1%	1 9.1%	0 0.0%	11 100.0%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 72. El personal médico adscrito delega todas sus responsabilidades a los estudiantes residentes	4 30.8%	6 46.2%	3 23.1%	0 0.0%	0 0.0%	13 100.0%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 72. El personal médico adscrito delega todas sus responsabilidades a los estudiantes residentes	1 12.5%	5 62.5%	2 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 100.0%
	Total	Recuento % dentro de 72. El personal médico adscrito delega todas sus responsabilidades a los estudiantes residentes	17 26.2%	38 58.5%	6 9.2%	3 4.6%	1 1.5%	65 100.0%



Pruebas de chi-cuadrado

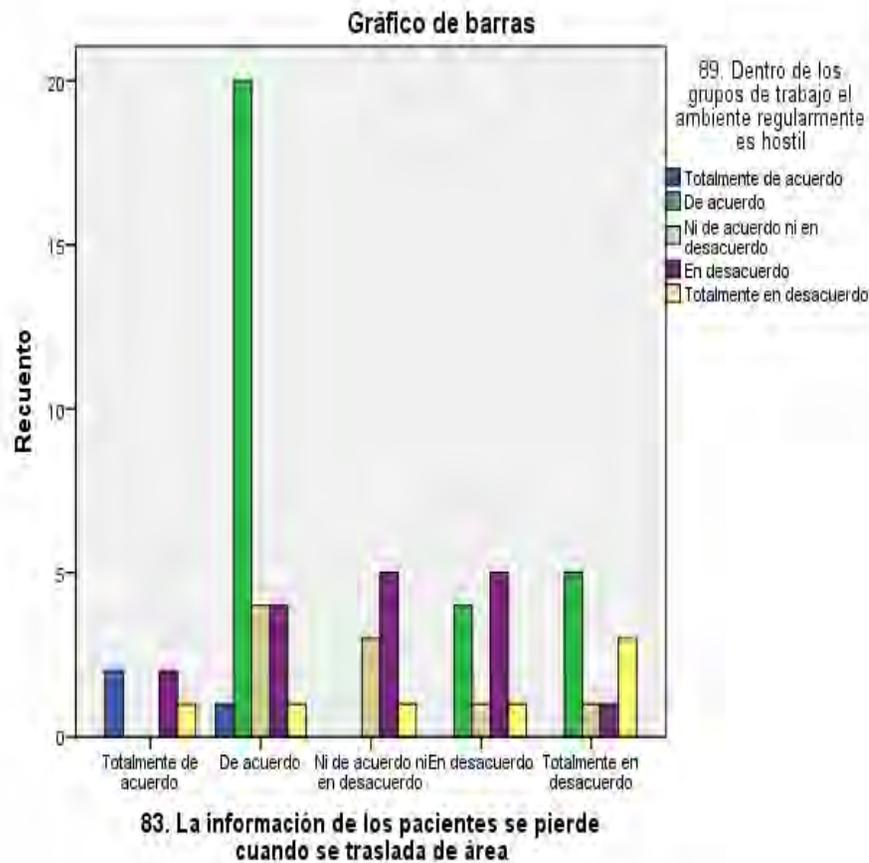
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19.942 ^a	16	.223
Razón de verosimilitud	22.037	16	.142
Asociación lineal por lineal	1.270	1	.260
Prueba de McNemar-Bowker	21.667	9	.010
N de casos válidos	65		

a. 20 casillas (80.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.

El 85% de las personas consideran que los errores aumentan cuando se delega a los residentes las responsabilidades, esto impacta directamente a los pacientes, situación por la cual debe de evitarse este tipo de errores, si se evite que se delegue en proporciones tan altas se podría lograr disminuir los errores dentro de las Instituciones de Salud.

Tabla cruzada 83. La información de los pacientes se pierde cuando se traslada de área*89. Dentro de los grupos de trabajo el ambiente regularmente es hostil

			89. Dentro de los grupos de trabajo el ambiente regularmente es hostil					Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
83. La información de los pacientes se pierde cuando se traslada de área	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 83. La información de los pacientes se pierde cuando se traslada de área	2 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 40.0%	1 20.0%	5 100.0%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 83. La información de los pacientes se pierde cuando se traslada de área	1 3.3%	20 66.7%	4 13.3%	4 13.3%	1 3.3%	30 100.0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 83. La información de los pacientes se pierde cuando se traslada de área	0 0.0%	0 0.0%	3 33.3%	5 55.6%	1 11.1%	9 100.0%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 83. La información de los pacientes se pierde cuando se traslada de área	0 0.0%	4 36.4%	1 9.1%	5 45.5%	1 9.1%	11 100.0%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 83. La información de los pacientes se pierde cuando se traslada de área	0 0.0%	5 50.0%	1 10.0%	1 10.0%	3 30.0%	10 100.0%
	Total	Recuento % dentro de 83. La información de los pacientes se pierde cuando se traslada de área	3 4.6%	29 44.6%	9 13.8%	17 26.2%	7 10.8%	65 100.0%



Pruebas de chi-cuadrado

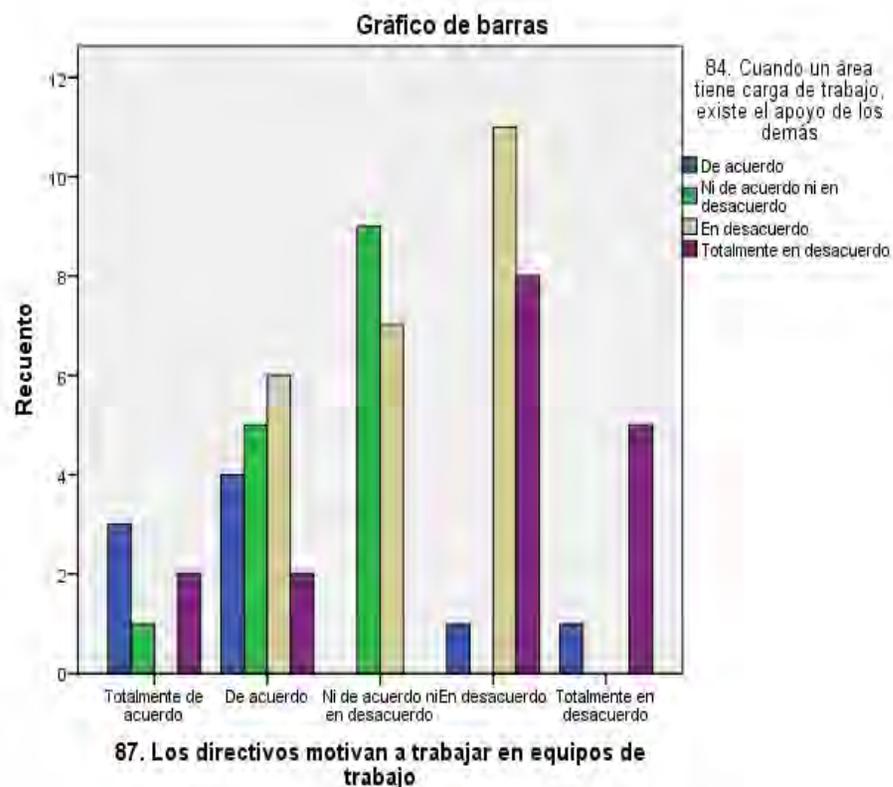
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41.448 ^a	16	.000
Razón de verosimilitud	39.244	16	.001
Asociación lineal por lineal	3.769	1	.052
Prueba de McNemar-Bowker	13.333	9	.148
N de casos válidos	65		

a. 23 casillas (92.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .23.

El 50% de las respuestas coinciden en que el ambiente de trabajo con regularidad es hostil, de igual manera esto puede impactar en la pérdida de información cuando se traslada de un área a otra, pudiendo provocar definitivamente errores que impacten en los pacientes.

Tabla cruzada 87. Los directivos motivan a trabajar en equipos de trabajo*84. Cuando un área tiene carga de trabajo, existe el apoyo de los demás

			84. Cuando un área tiene carga de trabajo, existe el apoyo de los demás				Total
			De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
87. Los directivos motivan a trabajar en equipos de trabajo	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 87. Los directivos motivan a trabajar en equipos de trabajo	3 50.0%	1 16.7%	0 0.0%	2 33.3%	6 100.0%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 87. Los directivos motivan a trabajar en equipos de trabajo	4 23.5%	5 29.4%	6 35.3%	2 11.8%	17 100.0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 87. Los directivos motivan a trabajar en equipos de trabajo	0 0.0%	9 56.3%	7 43.8%	0 0.0%	16 100.0%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 87. Los directivos motivan a trabajar en equipos de trabajo	1 5.0%	0 0.0%	11 55.0%	8 40.0%	20 100.0%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 87. Los directivos motivan a trabajar en equipos de trabajo	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	5 83.3%	6 100.0%
Total	Recuento % dentro de 87. Los directivos motivan a trabajar en equipos de trabajo	9 13.8%	15 23.1%	24 36.9%	17 26.2%	65 100.0%	



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45.258 ^a	12	.000
Razón de verosimilitud	54.854	12	.000
Asociación lineal por lineal	13.401	1	.000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	65		

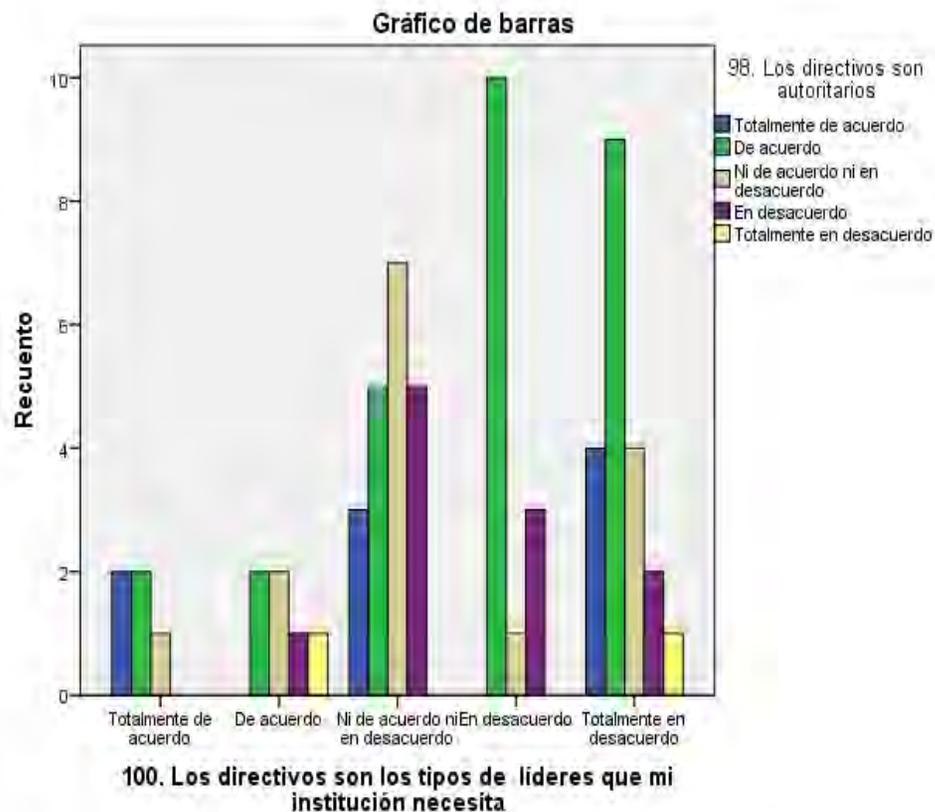
a. 16 casillas (80.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .83.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

Definitivamente no existe colaboración entre las áreas de trabajo, más del 60% de los entrevistados opinan alimentan dicho dato, por otro lado pero también con un 60% considera que los directivos no motivan a trabajar en equipos de trabajo al personal de salud, estos factores no alimentan positivamente la realización de las actividades y procedimientos correctamente provocando errores en los procesos.

Tabla cruzada 100. Los directivos son los tipos de líderes que mi institución necesita*98. Los directivos son autoritarios

			98. Los directivos son autoritarios					Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
100. Los directivos son los tipos de líderes que mi institución necesita	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 100. Los directivos son los tipos de líderes que mi institución necesita	2 40.0%	2 40.0%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 100.0%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 100. Los directivos son los tipos de líderes que mi institución necesita	0 0.0%	2 33.3%	2 33.3%	1 16.7%	1 16.7%	6 100.0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 100. Los directivos son los tipos de líderes que mi institución necesita	3 15.0%	5 25.0%	7 35.0%	5 25.0%	0 0.0%	20 100.0%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 100. Los directivos son los tipos de líderes que mi institución necesita	0 0.0%	10 71.4%	1 7.1%	3 21.4%	0 0.0%	14 100.0%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 100. Los directivos son los tipos de líderes que mi institución necesita	4 20.0%	9 45.0%	4 20.0%	2 10.0%	1 5.0%	20 100.0%
Total	Recuento % dentro de 100. Los directivos son los tipos de líderes que mi institución necesita	9 13.8%	28 43.1%	15 23.1%	11 16.9%	2 3.1%	65 100.0%	



Pruebas de chi-cuadrado

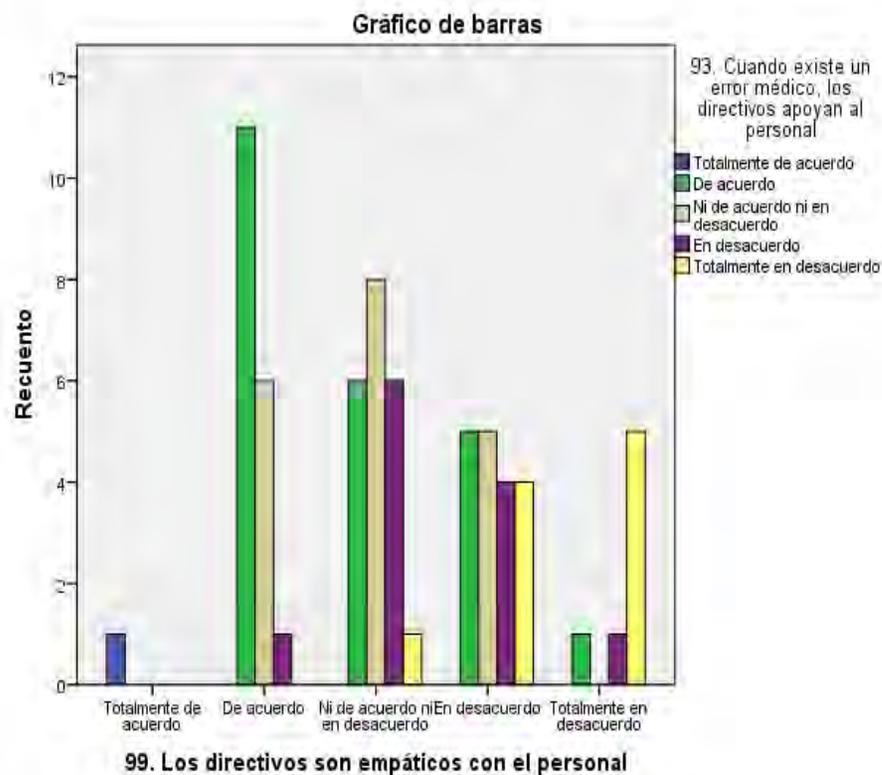
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20.637 ^a	16	.193
Razón de verosimilitud	22.862	16	.117
Asociación lineal por lineal	.144	1	.704
Prueba de McNemar-Bowker	30.716	9	.000
N de casos válidos	65		

a. 22 casillas (88.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .15.

El porcentaje del personal que está de acuerdo tanto en que los directivos son autoritarios como que los directivos son los tipos de líderes que mi institución necesita es más del 55% de las respuestas, por lo cual es importante mencionar que los líderes en este caso si son considerados como adecuados, pero habría que valorar el resto de los porcentajes para entender que piensan de los líderes.

Tabla cruzada 99. Los directivos son empáticos con el personal*93. Cuando existe un error médico, los directivos apoyan al personal

			93. Cuando existe un error médico, los directivos apoyan al personal					Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
99. Los directivos son empáticos con el personal	Totalmente de acuerdo	Recuento % dentro de 99. Los directivos son empáticos con el personal	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
	De acuerdo	Recuento % dentro de 99. Los directivos son empáticos con el personal	0 0.0%	11 61.1%	6 33.3%	1 5.6%	0 0.0%	18 100.0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Recuento % dentro de 99. Los directivos son empáticos con el personal	0 0.0%	6 28.6%	8 38.1%	6 28.6%	1 4.8%	21 100.0%
	En desacuerdo	Recuento % dentro de 99. Los directivos son empáticos con el personal	0 0.0%	5 27.8%	5 27.8%	4 22.2%	4 22.2%	18 100.0%
	Totalmente en desacuerdo	Recuento % dentro de 99. Los directivos son empáticos con el personal	0 0.0%	1 14.3%	0 0.0%	1 14.3%	5 71.4%	7 100.0%
Total	Recuento % dentro de 99. Los directivos son empáticos con el personal	1 1.5%	23 35.4%	19 29.2%	12 18.5%	10 15.4%	65 100.0%	



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	94.668 ^a	16	.000
Razón de verosimilitud	38.632	16	.001
Asociación lineal por lineal	19.604	1	.000
Prueba de McNemar-Bowker	6.558	6	.364
N de casos válidos	65		

a. 19 casillas (76.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .02.

Los resultados obtenidos en estas preguntas muestran un tercio de los resultados muestra que el personal está de acuerdo en que los directivos son empáticos con el personal y opina que cuando existe un error médico, los directivos apoyan al personal, otro tercio opina lo contrario por lo cual se necesita analizar más a detalle las circunstancias en las cuales los directivos participan con apoyo al personal.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La gestión directiva es una habilidad indispensable dentro de las Instituciones y sobre todo las Instituciones de Salud, debido a que se debe de contar con un guía o líder el cuál dicte, instruya, motive, supervise, planea y forme equipos de trabajo que de acuerdo a los valores organizacionales, realice de la mejor manera las actividades encomendadas, buscando el bienestar de los pacientes.

De acuerdo a los resultados obtenidos del estudio realizado a profesionales de la Salud, realice las siguientes consideraciones:

- Los directivos no apoyan lo suficiente al personal cuando suceden eventos de error, esto genera deslealtad y que se oculte información cuando un sucede algún evento, ocasionando error en cadena y progresivos que afectan a la larga la seguridad de los pacientes.
- Respecto a la opinión de los profesionales de las Salud para prevenir un evento de error, se debe considerar como un punto importante en el cual una persona que está directamente relacionada con un proceso puede opinar y dar recomendaciones evitando así que en un futuro no vuelva a ocurrir un evento de igual o mayor magnitud.
- Otro punto a considerar es el hecho de que los directivos prefieren en la mayoría de los casos un trabajo terminado que un trabajo de calidad, esto llega a generar trabajos o procedimientos realizados con errores, los cuales se multiplican debido a la falta de calidad en el mismo.
- De acuerdo a los profesionales de la salud que participaron en el estudio, la mayoría considera que sus superiores no dominan el tema en el área en la cual están desempeñando un papel de líder, esto genera conflictos entre el personal y provoca errores.
- Un factor más que puede ayudar a evitar errores es que los profesionales de la salud sean informados de los cambios en procedimientos, evitando así una laguna que provoque errores por omisión.

El trabajo en equipo es una forma de evitar errores o de maximizarlos dependiendo de cómo sea esta labor grupal, de acuerdo a los resultados existen porcentajes que refieren aceptación y disposición de trabajar en equipo, sin

embargo; si no se crea un procedimiento homogéneo y se busca trabajar bajo una cultura organizacional, persiguiendo objetivos y compartiendo valores, el trabajo no será efectivo.

La comunicación entre el personal es fundamental para que un sistema funcione adecuadamente, en el caso de las Instituciones de Salud la comunicación debe ser clara y directa de los directivos a los subordinados y viceversa, procurando establecer vínculos de confianza y buscando obtener la máxima satisfacción cuando se dé un servicio a un paciente.

La motivación y los estímulos son factores mencionados en los resultados de los profesionales de la Salud que pueden mejorar o empeorar el desempeño de los empleados y que actualmente en un porcentaje considerable no se cuenta con dichos estímulos, provocando así el desinterés y la falta a veces de compromiso.

Ahora bien existen dos factores importantes dentro de las Instituciones de salud y me refiero a la prevención de errores y los protocolos que existen para evitarlos y las acciones a seguir en caso de que un error exista, esto de acuerdo a los resultados no se aplica de manera general en las Instituciones, de hecho un porcentaje considerable ignora los protocolos de prevención y más aun los protocolos de respuesta en caso de un evento de error, por lo tanto es fundamental capacitar a todos para homogeneizar la Institución.

Un factor que también considero muy importante es el trato de los directivos al personal, en el que el trato de acuerdo al estudio no es grato y esto genera conflicto y falta de confianza hacia los directivos.

Un punto a relucir es la respuesta obtenida en una pregunta que habla sobre que la prioridad de la Institución es el bienestar del paciente, sin embargo, existieron respuestas negativas, dejando entre ver que no es la mayor prioridad, situación que preocupan debido a que ese bienestar es la razón de actuar o debería ser la razón de actuar de los profesionales en una Institución de Salud.

El tema de los seguros también es importante debido a que los Profesionales de la Salud son vulnerables de cometer errores en cualquier momento debido a la responsabilidad que tienen día a día con cada paciente.

Por otro lado y enfocándome en un punto en particular, se habló del hecho de que al líder de una Institución de Salud se le considere como habilidoso para negociar con pacientes afectados, esto es una gran cualidad que puede ser utilizada en el caso de presentarse un problema para la Institución, también es importante considerar que para que exista una aceptación del personal hacia los líderes estos deben de dominar las áreas de interés y de conflicto de la Institución.

Los errores médicos pueden arrojar la luz la causalidad de error y algunos de los muchos malentendidos asociados a errores médicos, también relacionados en la práctica con la gestión del riesgo y administración efectiva. Este texto ha querido relucir los elementos del principio de la teoría del error, proporcionar una gama de ejemplos de prácticas clínicas para explicar algunas de las ideas más complicadas presentadas y resumir la importancia específica de la teoría del error a los directivos de las instituciones de la salud.

Esta tesis va a presenta resultados importantes, destacando las implicaciones de los eventos de error para la administración de las instituciones de salud y los problemas que surgen día a día y presenta una serie de vías para continuar el trabajo en esta área de manera eficiente. Haciendo hincapié siempre en que son trascendentales para las organizaciones de salud, equipos directivos, profesionales de la salud y el resto del personal administrativo, siempre enfocándose principalmente en la seguridad del paciente.

En el caso de la delegación que se presenta en porcentajes tan altos en las Instituciones de Salud, es importante mencionar que como los profesionales opinan y como la literatura lo dice, siempre es más confiable el experto de la Institución que el novato, este último siempre debe de estar cobijado por alguien con experiencia con el que pueda consultar si existe duda en un procedimiento.

El análisis de resultados también muestra resultados considerables, uno de ellos es el que muestra que el porcentaje de respuestas obtenidas es en mayor proporción por parte de las mujeres, esto puede implicar que las mujeres tengan un sentido de cooperación más alto que lo hombres.

También dentro de los resultados se puede observar que la frecuencia de error se puede estar generando debido y dividido en cada herramienta de la gestión directiva que los errores se presentan debido a algunos factores concluyentes, a continuación enlisto algunos:

- La falta de adecuada supervisión que permita corregir errores en el momento que se presente
- La ausencia de un líder en el trabajo el cuál se seguridad y transmita al personal la forma de trabajo de manera puntual.
- La poca motivación que un profesional de la salud pueda tener al momento de realizar sus actividades.
- La poca mentalidad para considerar la filosofía de cero errores al realizar las labores por parte del personal
- La incertidumbre del personal al no saber si los directivos los apoyarían en el caso de un evento de error.

- La poca planeación estratégica por parte de los directivos para que midan verdaderamente el impacto que quieren alcanzar con los objetivos individuales y organizacionales.

Referente a las Hipótesis planteadas al inicio de esta tesis, la hipótesis alterna está comprobada debido a que en realidad los errores médicos sí impactan directamente en la posibilidad que haya eventos adversos dentro de la institución.

Por otro lado la hipótesis queda comprobada al ver que la gestión directiva sí impacta directamente en la posibilidad que se presenten errores médicos o no.

ALGUNOS PUNTOS A CONSIDERAR

Dentro de las Instituciones de Salud debe de existir un análisis tipo FODA que permita detectar no solo las áreas de oportunidad sino también las amenazas y debilidades que dicha Institución tenga, buscando siempre el bienestar del paciente y la coordinación con otras áreas que participan dentro del proceso de servicio de las Instituciones de Salud.

La capacitación constante al personal de las Instituciones de Salud es fundamental, debido a que esto va a homogeneizar el actuar de todos los relacionados en un proceso dentro del mismo, así mismo puede ayudar a integrar de manera eficiente al personal, generando así mejores relaciones que permitan desempeñar una labor de manera eficiente.

La aportación de nuevas ideas son importantes para que el personal se sienta tomado en cuenta y los directivos puedan detectar algo que probablemente no habían notado que se estaba haciendo mal, esto ayudaría a evitar errores y a mejorar los procedimientos dentro de las Instituciones de salud, una lluvia de ideas podría ser una herramienta funcional y económica que realizada por área podría obtener muy buenos resultados.

También otro factor a considerar importante para una mejora en los procedimientos y una reducción en los errores es la filosofía “cero errores”, si se lograra transmitir a cada profesional de la salud inmiscuido, se puede lograr que los errores bajen considerablemente y que el personal logre ser más eficiente.

Se debe de llevar un mejor control en la rotación de personal y sobre todo en el cómo se van a distribuir médicos sin expertis como médicos totalmente expertos en una Institución de Salud, buscando no colocar profesionales sin experiencia en un momento en el que no se cuenta el respaldo o apoyo de uno de experiencia.

Por último se debe de considerar que en las Instituciones de Salud se debe de contar con Líderes que puedan dominar el ramo administrativo pero que conozcan de áreas médicas, que a su vez sean empáticos y busquen formar equipos de trabajo que sean eficientes y que trabajen hacia los mismos objetivos, buscando siempre el bienestar de los pacientes, minimizando errores y maximizando buenos resultados.

BIBLIOGRAFÍA:

Alberto Lifshitz, Los errores médicos, El Ejercicio Actual de la Medicina.2009, FAC-MED.

Armitage G, Newell R, Wrintg J (2010) Improving Drug Error Reporting, Journal Of Evaluationin Clinical Practice (In Press)

ARMITAGE, GERRY,Human error theory: relevance to nurse management, Journal of Nursing Management, VL - 17,IS - 2, 2009.

Brown C, Hofer T, Johal A Et Al (2008) An Epistemologyof Patient Safety Research: A Framework for Study Desing and Interpretation, Part 1 Conceptualisingand Developing Interventions. QualSaf Health Care17(3): 154–5

Albers H. Principios De Administración Y Dirección Sanitaria. México: Edit. Limusa; 1968. P. 39-83.

Carayon P, Hundt As, Karsh Bt, GursesAp, Alvarado Cj, Smith M and Brennan Pf (2006) Work System Design for Patient Safety: The Seips Model. QualSaf Health Care 15(Suppl 1): 50–8

Donabedian A (1966) Evaluating the Quality of Medical, Care. Milbank Mem Fund Q 44(3): 166–203

Donabedian A (1988) The Quality of Care: How Can It Be Assessed? Jama 260(12): 1743–48

Gerry Armitage, Human Error Theory: Relevance to Nurse Management, Journal of Nursing Management, 2009, 17, 193–202

Glickman SW, Baggett Ka, Krubert Cg, Peterson, Ed Schulman Ka (2007) Promoting Quality: The Healthcar Organization from A Management Perspective. Int J Qual Health Care 19(6): 341–8

Higginson IJ, Edmonds P (1999) Services, Costs and Appropriate Outcomes in End of Life Care. AnnOncol10(2): 135–6

Iom.GrowingConcensus About Medical Error, Chapter 1. To Err Is Human Report. Institute of Medicine. Boston Ma EEUU 1999

Kemp Lo, Narula P, Mcpherson MI, Zuckman I (2009) Mediation Reconciliation in Hospice: A Pilot Study. *Am J Hosp Palliat Care* 26(3): 193–99

Kohn Lt, Corrigan JM, Donaldson MS, Eds (2000) *To Err Is Human: Building A Safer Health System*. NationalAcademyPress, Washington

Martínez H, Borroto R, Iglesia M. Iatrogenia Y Error Médico. *Temas De Ética Médica*. La Habana: Instituto De Ciencias Médicas 1986. P. 51-72.

Meyer Gs, MassangliMP (2001) The Forgotten Component of The Quality Triad: Can We Still Learn Something From „Structure“? *JTComm J Qual Improv* 27(9): 484–93

Miller G, Dingwall RW, Murphy EA (2004). *Using Qualitative Data and Analysis: Reflections on Organizational Research*. In: Silverman D, Ed. *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*. 2nd Edn. Sage, London: 325–41

Reason J (2000) Human Error: Models and Management. *Bmj*320(7237): 768–70

ReemaSirriyeh, Gerry Armitage, Rebecca Lawton, Peter Gardner (2010), *International Journal of Palliative Nursing*, Vol 16, No 8: 377-386

Reason J (2000) Human Error: Models and Management. *Bmj*320(7237): 768–70

Richmond C (2005) Obituary. Dame Cicely Saunders. *Bmj*331: 238 Doi:10.1136

Richmond C (2005) Obituary. Dame Cicely Saunders. *Bmj*331: 238 Doi:10.1136

Silverman D (2004) *Doing Qualitative Research*. Sage, London

Spencer L (2003) *Quality in Qualitative Evaluation: A Framework for Assessing Research Evidence*. Cabinet Office Strategy Uni, London

Spencer L (2003) *Quality in Qualitative Evaluation: A Framework for Assessing Research Evidence*. Cabinet Office Strategy Uni, London

Vincent C (2009) Social Scientists and Patient Safety: Critics or Contributors? *Soc Sci Med* 69(12): 1777–79

Wallston Ka, Burger C, Smith Ra, Baugher RJ (1988) Comparing the Quality of Death for Hospice and Nonhospice Cancer Patients. *Med Care* 26(2): 177–81

Walster E (1966) Assignment of Responsibility for An Accident. *J Pers Social Psychol*3(1): 73–9

Weber Rp (1990) *Basic Content Analysis*. 2nd Edn. Sage, London

Wagenaar W.A. & Groeneweg J. (1987) Accidents at Sea: Multiple Causes and Impossible Consequences. *International Journal of Man-Machine Studies* 27, 587–598.

Weick K.E. (1987) Organisational Culture as A Source of High Reliability. *California Management Review* Xxix (2), 112–127.

Weick K.E. (1991) The Vulnerable System: An Analysis of The Tenerife Air Disaster. In *Reframing Organisational Culture* (P. J. Frost Ed.). Sage, London.

West E. (2000) Organisational Sources of Safety and Danger: Sociological Contributions to The Study of Adverse Events. *Quality in Health Care* 9, 120–126.

Westrum R. (2004) A Typology of Organisational Cultures. *Quality & Safety in Health Care* 13 (Suppl. LI), 22–27.

Woods D.D. & Cook R.I. (2003) Mistaking Error. In *Patient Safety Handbook* (M.J. Hatlie & B.J. Youngberg Eds), Pp. 95–108. Jones & Bartlett, Boston, Ma.

Woods D.D., Johannesen L., Cook R.I. & Sarter N.B. (1994) *Behind Human Error: Cognitive Systems, Computers and Hindsight*. Wright-Patterson Airforce Base, Dayton, Oh.

ANEXOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	18	27.7	27.7	27.7
	Femenino	47	72.3	72.3	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casado	24	36.9	36.9	36.9
	2	30	46.2	46.2	83.1
	3	5	7.7	7.7	90.8
	4	6	9.2	9.2	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-28 años	8	12.3	12.3	12.3
	29-39 años	28	43.1	43.1	55.4
	40-51 años	18	27.7	27.7	83.1
	52-65 años	9	13.8	13.8	96.9
	Más de 65 años	2	3.1	3.1	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Publica	44	67.7	67.7	67.7
	Privada	19	29.2	29.2	96.9
	Ambas	2	3.1	3.1	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Operativo	42	64.6	64.6	64.6
	Jefe de Servicio	12	18.5	18.5	83.1
	Jefe de división	2	3.1	3.1	86.2
	Directivo	9	13.8	13.8	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 1 año	5	7.7	7.7	7.7
	De 1 a 3 años	16	24.6	24.6	32.3
	De 4 a 10 años	29	44.6	44.6	76.9
	De 11 a 20 años	10	15.4	15.4	92.3
	Más de 20 años	5	7.7	7.7	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 1 año	2	3.1	3.1	3.1
	De 1 a 3 años	9	13.8	13.8	16.9
	De 4 a 10 años	29	44.6	44.6	61.5
	De 11 a 20 años	10	15.4	15.4	76.9
	Más de 20 años	15	23.1	23.1	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 1 año	2	3.1	3.1	3.1
	De 1 a 3 años	9	13.8	13.8	16.9
	De 4 a 10 años	29	44.6	44.6	61.5
	De 11 a 20 años	10	15.4	15.4	76.9
	Más de 20 años	15	23.1	23.1	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Médica	31	47.7	47.7	47.7
	Paramédica	20	30.8	30.8	78.5
	Administrativa	14	21.5	21.5	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Matutino	50	76.9	76.9	76.9
	Vespertino	6	9.2	9.2	86.2
	Nocturno	2	3.1	3.1	89.2
	Especial	7	10.8	10.8	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bachillerato	1	1.5	1.5	1.5
	Licenciatura	13	20.0	20.0	21.5
	Posgrado	51	78.5	78.5	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ciudad de México y área metropolitana	42	64.6	64.6	64.6
	Sur (Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Campeche, Quintana Roo, Tabasco, Yucatán)	23	35.4	35.4	100.0
	Total	65	100.0	100.0	